



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

DARLENE PINHO FERNANDES DE MOURA

**COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPOSTA E AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA APRENDENDO SOBRE FILHOS**

FORTALEZA

2020

DARLENE PINHO FERNANDES DE MOURA

**COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPOSTA E AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA APRENDENDO SOBRE FILHOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal do Ceará,
como requisito para a obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Walberto S. Santos

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M885c Moura, Darlene Pinho Fernandes de.
Comportamentos antissociais na infância : proposta e avaliação do Programa Aprendendo sobre Filhos /
Darlene Pinho Fernandes de Moura. – 2020.
194 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos.
1. Comportamento Antissocial. 2. Infância. 3. Treinamento Parental. I. Título.

CDD 150

DARLENE PINHO FERNANDES DE MOURA

**COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPOSTA E AVALIAÇÃO
DO PROGRAMA APRENDENDO SOBRE FILHOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal do Ceará,
como requisito para a obtenção do título de Doutor
em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

APROVADA EM __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dra. Estefânea Élide da Silva Gusmão
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dra. Daniely Ildegardes Brito Tatmatsu
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dra. Normanda Araujo de Moraes
Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Prof. Dra. Lucila Moraes Cardoso
Universidade Estadual do Ceará-UECE

*A todos pais, mães e responsáveis interessados
em aprender mais sobre seus filhos.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer não é uma tarefa fácil. Não são poucos os que participam da construção de um sonho, por isso há sempre o medo de que algum nome seja esquecido. Mesmo correndo este risco, agradeço:

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará pela possibilidade de realizar o meu Doutorado em uma instituição que há 14 anos faz parte da minha vida (UFC, não sei viver sem você!);

Ao meu orientador, Prof. Dr. Walberto Santos, por me nortear em mais um momento da minha vida acadêmica, pela parceria, pela disponibilidade e pelas contribuições ao longo dos últimos 10 anos. Agradeço ainda pela autonomia que me foi dada e por tornar a conclusão desta tese possível (mesmo correndo contra o tempo!);

Aos integrantes da banca avaliadora, Prof (a) Dra. Daniely Tatmatsu, Prof (a). Dra. Estefânea Gusmão, Prof.(a) Dra. Normanda Moraes e Prof (a) Dra. Lucila Cardoso, pelas contribuições desde a qualificação e pela disponibilidade em participar de um momento tão significativo da minha trajetória acadêmica;

À CAPES pela concessão de uma bolsa de doutorado sanduíche (PDSE 2017-Seleção 2018) que me possibilitou enriquecer aspectos centrais do programa de intervenção proposto;

À Prof (a) Dra. Maria João Seabra Santos, a qual, mesmo sem me conhecer, aceitou ser minha orientadora durante o período de doutorado sanduíche na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra (Portugal). Agradeço pela receptividade, por suas contribuições valiosas e pela oportunidade de conhecer de perto os princípios do Programa *Incredible Years*;

À Clínica-Escola de Psicologia da UFC e à Escola Padre Felice Pistoni por acolherem a ideia da tese e disponibilizarem seus espaços para a execução da intervenção; aos pais, mães e responsáveis que participaram da pesquisa. Sem vocês, este trabalho não seria possível;

A todos os membros e ex-membros do Laboratório Cearense de Psicometria (são tantos que prefiro não colocar os nomes) pelo conhecimento compartilhado durante todos os últimos anos, pelas trocas de ideias e pelas sugestões;

Aos meus colegas e professores do Departamento de Psicologia da UFC (Sobral) pela oportunidade de tornar possível meu afastamento das atividades curriculares durante as etapas cruciais da elaboração desta tese;

Às professoras viajantes e amigas, Verlene Alves, Emanuela Possidônio, Thicianne Malheiros e Glysa Meneses, por estarem sempre por perto, dividindo angústias, novidades,

quartos de hotel e slides;

Às minhas amigas, Elinalda Brito, Rachel Milena e Natália Lourinho, presentes que a UFC me deu durante a graduação e que até hoje estão comigo, compartilhando desafios, sonhos e alegrias;

Aos meus pais, Paulo e Dulce, por seu apoio incondicional em todos os momentos de minha vida; ao meu marido, Luís Flávio, por escutar “meus pitis” e comprar doces nos meus momentos de angústia acadêmica; ao meu filho, João Pedro (JP), que, mesmo em meu ventre, apresentou pontuações baixas em comportamento antissocial infantil (entendedores entenderão!), facilitando a execução das etapas finais desta tese; a todos os familiares e amigos não-acadêmicos, que, embora muitas vezes não entendessem muito bem o que eu fazia, sempre estavam na torcida para que eu alcançasse meus objetivos.

A Deus por guiar minha vida e me conceder sabedoria para enfrentar os desafios que surgiram durante esta jornada.

E, por fim, não poderia deixar de agradecer a você leitor anônimo, por seu interesse em entender e fazer Ciência.

RESUMO

Os comportamentos antissociais infantis, caracterizados por padrões comportamentais de desobediência, agressividade e comportamento opositor, configuram-se como um fator de risco na adaptação psicossocial na adolescência e na vida adulta. Em geral, estes problemas são os principais motivos de queixas de pais e de educadores durante a infância. Com a finalidade de ajudar cuidadores a lidarem com estas dificuldades, vários programas de intervenção são desenvolvidos. Em crianças com idades iniciais, a efetividade das intervenções feitas diretamente com pais merece destaque. No Brasil, apesar do número expressivo de publicações, ainda são raros os estudos cujo propósito é se atestar a eficácia desses programas com foco em variáveis familiares de natureza cognitivo-comportamental. A maioria dos modelos existentes neste país foram importados ou ainda estão em fase inicial de desenvolvimento, com delineamentos pouco robustos e limitados a variáveis isoladas. Desse modo, esta tese tem o objetivo geral de propor um programa de treinamento parental com foco na prevenção do comportamento antissocial infantil. Para tanto, foram desenvolvidos três estudos. O Estudo 1 analisou as propriedades psicométricas da Escala de Competência Parental, da Escala de Estresse Parental, do Questionário de Capacidades e Dificuldades, bem como verificou a relação entre as variáveis estudadas (estilos parentais, competência parental, estresse parental; capacidades e dificuldades comportamentais infantis; e comportamento antissocial infantil) em uma amostra de 214 mães da cidade de Fortaleza-CE. O Estudo 2 apresentou uma versão piloto do programa de intervenção realizado com 8 mães vinculadas a uma escola pública de Fortaleza-CE. O Estudo 3 trouxe uma versão aprimorada do programa e avaliou a eficácia da intervenção, por meio de um estudo randomizado controlado realizado com 23 mães divididas aleatoriamente em grupo controle (n=11) e intervenção (n=12). Os resultados encontrados apontaram evidências satisfatórias de validade e precisão dos instrumentos, bem como relações significativas entre as variáveis estudadas. Além disso, propiciou a formulação e avaliação do Programa “Aprendendo sobre Filhos”, baseado na terapia cognitivo-comportamental, composto por 9 encontros semanais e com bons resultados iniciais de eficácia em contexto brasileiro. Não obstante as limitações, conclui-se que esta tese é um importante recurso para a formulação de políticas públicas voltadas à família e que se destinam a promover o desenvolvimento psicossocial da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento Antissocial. Infância. Treinamento Parental.

ABSTRACT

Children's antisocial behaviors, characterized by behavioral patterns of disobedience, aggression and opposite behavior, constitute a risk factor for psychosocial adaptation in adolescence and adulthood. In general, these problems are the main reasons of complaints from parents and educators during childhood. In order to help caregivers to deal with these difficulties, several intervention programs are developed. In children with early ages, the effectiveness of restrictions made directly with parents is noteworthy. In Brazil, despite the expressive number of publications, there are still few studies whose purpose is to certify the effectiveness of these programs focusing on familiar variables of a cognitive-behavioral nature. Most of the existing models in this country have been imported or are still in the early stages of development, with little robust designs and limited to isolated variables. Thus, this is the general objective of the proportion of a training program for parents with a focus on preventing child antisocial behavior. To this end, three studies were developed. Study 1 analyzed the psychometric properties of the *Parental Competence Scale*, the *Parental Stress Scale*, the *Strengths and Difficulties Questionnaire*, as well as a relationship between the studied variables (parental styles; parental competence; parental stress; children's strengths and behavioral difficulties; and child antisocial behavior) in a sample of 214 mothers in the city of Fortaleza-CE. Study 2 presented a pilot version of the intervention program carried out with 8 mothers linked to a public school in Fortaleza-CE. Study 3 brought an improved version of the program and evaluated the intervention, through a randomized controlled study with 23 mothers randomly divided into the control group (n = 11) and intervention (n = 12). The results found pointed to the validity and confiability of the instruments, as well as the significant relationships between the variables studied. In addition, it provided the assessment and evaluation of the Program "Learning about Children", based on cognitive-behavioral therapy, composed of 9 weekly meetings and with good recent results of application in the Brazilian context. Despite the present, it is concluded that this is an important resource to apply public policies aimed at the family and that are intended to promote the child's psychosocial development.

KEYWORDS: Antisocial behavior. Childhood. Parental Training.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL NA INFÂNCIA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 Comportamento Antissocial na Infância: Definição e terminologias associadas.....	20
2.1.1 Trastornos Disruptivos, do Controle e do Impulso	21
2.1.2 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	25
2.1.3 Transtorno da Desregulação do Humor	26
2.1.4 Problemas Externalizantes e Comportamento Antissocial na Infância.....	27
2.2 Contribuições teóricas acerca do Comportamento Antissocial na Infância..	29
2.2.1 Perspectiva do Temperamento.....	30
2.2.2 Teoria da Aprendizagem Social.....	32
2.2.3 Teoria do Apego	34
2.2.4 Modelo da Aprendizagem da Interação Social.....	36
2.2.5 Teoria Bioecológica de Bronfrenbrenner.....	38
3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTUDO DO COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL NA INFÂNCIA	41
3.1 Estilos Parentais	44
3.2 Senso de Competência Parental	47
3.3 Estresse Parental	48
4 PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL EM COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL INFANTIL	50
4.1Programas Internacionais.....	51
4.1.1Defiant Children	52
4.1.2 Parent Management Training - Oregon Model (<i>PMTO</i>).....	53
4.1.3 Triple P- Positive Parenting Program	55
4.1.4 Coping Power	57

4.1.5 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).....	59
4.1.6 Empecemos.....	61
4.1.7 Incredible Years.....	63
4.2 Programas Nacionais.....	65
4.2.1 Qualidade da Interação Familiar.....	65
4.2.2 PROMOVE- Pais.....	66
4.2.3 PROPAIS.....	68
4.3 Síntese dos programas de treinamento parental.....	69
5 ESTUDO 1 - PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DAS MEDIDAS E	
CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS.....	78
5.1 Método.....	78
5.1.1 Participantes.....	78
5.1.2 Instrumentos.....	79
5.1.3 Procedimentos.....	82
5.1.4 Análise dos dados.....	83
5.2 Resultados.....	83
5.2.1 Escala de Senso de Competência Parental (PSOC).....	83
a) <i>Adaptação</i>	83
b) <i>Estrutura Fatorial e Precisão</i>	84
5.2.2 Escala de Estresse Parental (EEPA).....	88
a) <i>Estrutura Fatorial e Precisão</i>	88
b) <i>Poder discriminativo e correlação item-total</i>	90
5.2.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	91
a) <i>Estrutura Fatorial e Precisão</i>	91
b) <i>Poder discriminativo e correlação item-total</i>	94
c) <i>Normatização</i>	95
5.2.4 Correlatos do comportamento antissocial infantil.....	95
5.3 Discussão Parcial.....	96

5.3.1 Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)	96
5.3.2 Escala de Estresse Parental (EEPA)	98
5.3.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	98
5.3.4 Correlatos do comportamento antissocial infantil.....	100
6 ESTUDO 2- ESTUDO PILOTO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO	
PARENTAL.....	102
6.1 Método	102
6.1.1 Participantes.....	102
6.1.2 Instrumentos	104
6.1.3 Procedimentos	105
6.1.4 Protocolo de intervenção	106
6.1.5 Análise dos dados.....	110
6.2 Resultados	111
6.3 Discussão Parcial.....	114
7 ESTUDO 3 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA APRENDENDO SOBRE	
FILHOS: UM ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO.	117
7.1 Método	117
7.1.1 Delineamento e hipóteses	117
7.1.2 Participantes.....	119
7.1.3 Instrumentos	122
7.1.4 Procedimentos	122
7.1.5 Protocolo de intervenção	124
7.1.6 Análise dos dados.....	137
7.2 Resultados	138
7.2.1 Homogeneidade dos Grupos.....	138
7.2.2 Aceitabilidade e adesão dos participantes.....	138
7.2.3 Avaliações dentre e entre grupos	139
a) <i>Avaliações dentre grupos</i>	139
b) <i>Avaliações entre grupos</i>	141

7.2.4 Avaliação da intervenção pelas participantes	142
7.3 Discussão Parcial.....	143
8 DISCUSSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	150
ANEXO A- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	178
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO (ESTUDO 1).....	182
ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO (ESTUDO 2 e ESTUDO 3) ...	185
ANEXO D- PARECER PLATAFORMA BRASIL	188
ANEXO E -QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE (ESTUDO 3)	190
ANEXO F- FICHA DE AVALIAÇÃO SEMANAL (ESTUDO 3)	195
ANEXO G- FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL (ESTUDO 3)	196

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), aproximadamente, 25% da população mundial apresenta algum transtorno mental, a maioria com início na infância ou na adolescência (SOUZA; GALINDO; CARVALHO, 2017; ONU, 2012). A média global das taxas de prevalência em crianças e adolescentes é de 6,7% (ERSKINE *et al.*, 2017). Embora estudos epidemiológicos acerca do tema ainda sejam escassos (FATORI *et al.*, 2018; PETRESCO *et al.*, 2014), estima-se que, no Brasil, a depender da região pesquisada, dos fatores de risco e da metodologia utilizada nos estudos, a incidência dos transtornos mentais nessa faixa etária varia entre 7% e 30% (CUNHA, BORGES, BEZERRA, 2017; FATORI *et al.*, 2018; PAULA *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2016).

Entre as queixas mais frequentes, encontram-se as dificuldades no processo ensino/aprendizagem, os problemas emocionais e os problemas comportamentais (CARNEIRO; COUTINHO, 2015; CUNHA, BORGES, BEZERRA, 2017; FATORI *et al.*, 2018; THIENGO, CAVALCANTI, LOVISI, 2014). Nesse contexto, merecem destaque os comportamentos antissociais infantis, caracterizados por padrões comportamentais marcados por desobediência, agressividade e comportamento opositor que prejudicam o desenvolvimento escolar, emocional e social da criança (CUNHA, BORGES, BEZERRA, 2017; THIENGO, CAVALCANTI, LOVISI, 2014).

Em geral, quando comparados com outros problemas de comportamento (ex. timidez, ansiedade, depressão), os comportamentos antissociais infantis tendem a ser mais estáveis ao longo do desenvolvimento, o que pode configurar como um fator de risco na adaptação psicossocial na adolescência e na vida adulta (APA, 2014; CAPONI, 2018; PACHECO *et al.*, 2005). Além disso, estes problemas são os que mais incomodam e, por sua vez, os que mais originam queixas de pais e de educadores (BERNADO; SILVA; SANTOS, 2017; CARNEIRO; COUTINHO, 2015; DONATO, 2017).

Diferentes termos, como problemas externalizantes, comportamento disruptivo, transtorno opositor desafiante, transtorno explosivo intermitente, transtorno do déficit de atenção e transtorno de conduta comumente são abordados no estudo do tema (APA, 2014; PACHECO *et al.*, 2005). Apesar disso, alguns pesquisadores, optam por nomear de “antissocial” o conjunto de comportamentos, como: “fazer birra”, brigar, desobedecer, xingar, bater, mentir, roubar, fugir de casa e trapacear (PACHECO *et al.*, 2005; PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

Estudos discutem o impacto desse tipo de comportamento no desempenho acadêmico (BOLSONI-SILVA; PERALLIS; NUNES, 2018) e nas interações sociais estabelecidas com pais, pares e professores (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018; PIZATO; MARTURANO; FONTAINE, 2014; STASIAK; WEBER; TUCUNDUVA, 2014). No contexto escolar, por exemplo, são frequentes as queixas advindas, especialmente dos professores, acerca de comportamentos agressivos e desafiadores dos alunos, da conduta desobediente e do não compromisso com as tarefas escolares (ARAÚJO; ARAÚJO, 2018; BOLSONI-SILVA; PERALLIS; NUNES, 2018). No âmbito familiar, os responsáveis se consideram cada vez mais frustrados em lidar com o comportamento opositor de seus filhos, o que tem impactado negativamente na qualidade da interação familiar (STASIAK; WEBER; TUCUNDUVA, 2014).

Sob a ótica desenvolvimentista, para compreender a etiologia dos comportamentos antissociais, discute-se o papel da família e sugere-se que tais comportamentos seguiriam uma trajetória estável, na medida em que os elementos observados na infância (por exemplo, falta de atenção e conduta agressiva), e reforçados pela interação familiar, atuariam como variáveis explicativas dos comportamentos antissociais na adolescência e na idade adulta (PATTERSON; REID; DISHION, 2002; PACHECO *et al.*, 2005). Contudo, deve-se destacar que nem toda criança com comportamento antissocial manterá o padrão comportamental durante o seu desenvolvimento (PACHECO *et al.*, 2005). Tal fato, torna primordial a elaboração de estratégias de intervenção, com foco na redução de riscos, sobretudo, em idade precoce (WHO, 2010).

Diversos fatores biológicos, individuais, sociais e culturais estão associados ao desenvolvimento e a estabilidade do comportamento antissocial na infância (PACHECO *et al.*, 2005). Dados apontam que, apesar de não haver consenso na literatura, crianças do sexo masculino e pré-escolares tendem a apresentar pontuações mais altas em comportamento antissocial (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2015; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2016).

Diferentes características dos pais, por exemplo, são mencionadas como fatores de risco, como é o caso do número de filhos, a presença de psicopatologia (depressão, por exemplo), variáveis estressoras (ex. desemprego, divórcio) e histórico de abuso de drogas (HENRIQUES, 2014; LEUSIN; PETRUCCI; BORSA, 2018; PACHECO; HUTZ, 2009; SHAW *et al.*, 2019). Patterson, Reid e Dishion (2002), por exemplo, discutem que o comportamento antissocial infantil é aprendido no relacionamento entre crianças e família, no qual o comportamento indesejável emitido pela criança (choros, birras, gritos, etc.) é feito com o objetivo de alcançar

algo, amenizar ou até mesmo findar com as exigências provenientes do ambiente e é mantido por relações coercitivas.

Algumas variáveis, por sua vez, são apontadas como relevantes para a compreensão do problema e para fundamentação de estratégias de prevenção/intervenção com famílias (BOLSONI- SILVA; LOUREIRO, 2011; PACHECO; HUTZ, 2009; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012), como é o caso dos estilos (BAUMRIND, 1967; GOMIDE, 2011; MACCOBY; MARTIN, 1983), da competência (FERREIRA *et al.*, 2014) e do estresse parental (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2016).

Os estilos parentais, por exemplo, podem ser definidos a partir de diferentes concepções (BAUMRIND, 1966; MACCOBY; MARTIN, 1983; DARLING; STEINBERG, 1993; GOMIDE, 2011). Na proposta de Gomide (2011), os estilos agregam um grupo de práticas educativas ou atitudes parentais (positivas ou negativas) empregadas pelos responsáveis com o objetivo de socializar seus filhos. Nesse contexto, as práticas consideradas como negativas, caracterizadas por disciplina rígida e inconsistente, pouca qualidade de vinculação dos pais-filhos e baixo monitoramento das atividades da criança exercem função central no desenvolvimento das atitudes antissociais (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PACHECO *et al.*, 2005; MONDIN, 2017; BORTOLINI; ANDRETTA; 2017) ao passo que as práticas parentais positivas podem evitar o surgimento e/ou a manutenção de problemas comportamentais (SCHMIDT; STAUDT; WAGNER, 2016). Sobre isso, alguns autores discutem que o treinamento de pais, com foco em práticas parentais positivas, é essencial na intervenção desse tipo de problema (CALEIRO; SILVA, 2012; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013; SCHMIDT; STAUDT; WAGNER, 2016).

Além das variáveis comportamentais, diferentes pesquisas reconhecem que as cognições parentais desempenham um papel importante na interação pai-criança (BORNSTEIN; PUTNICK; SUWALSKY, 2018; JOHNSTON; PARK; MILLER, 2018; PEREIRA; BARROS, 2019). Alguns autores destacam o senso de competência parental (FERREIRA *et al.*, 2014; JOHNSTON; MASH, 1989; OLIVEIRA, T. *et al.*, 2017), o qual pode ser definido como as expectativas e as crenças que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental de forma competente e eficaz, englobando, portanto, características como percepção de autoeficácia e satisfação parental (OHAN; LEUNG; JOHNSTON, 2000; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015). Apesar de, no Brasil, os estudos acerca dessa variável ainda se apresentarem incipientes, a literatura indica que uma melhoria na competência parental tende a tornar mais positivas as práticas parentais, o que tornaria menos

conflituosa a relação pai-filho (BELEAN; NĂSTASĂ, 2017; BORNSTEIN; PUTNICK; SUWALSKY, 2018; FERREIRA *et al.*, 2014).

Em acréscimo a essas variáveis, estão as práticas de socialização e as dificuldades em lidar com os filhos, as quais podem promover estresse nos pais e, por conseguinte, afetar o desenvolvimento infantil (BARGAS; LIPP, 2013; STASIAK; WEBER, TUCUNDUVA, 2014). O estresse parental define-se como uma percepção de uma tensão ou reação psicológica que gera sentimentos negativos em relação ao papel parental e aos filhos (VIEIRA; ÁVILA; MATOS, 2012). Estudos indicam que pais estressados se utilizam com maior frequência práticas educativas negativas, como abuso físico, negligência e punição inconsistente (GOMIDE *et al.*, 2005; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2016), podendo, por meio dessas práticas, se constituir como uma fonte de estresse para a própria criança e se configurar como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais (PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

Com a finalidade de ajudar cuidadores (pais, mães, professores, entre outros) a lidarem com as dificuldades encontradas no relacionamento com as crianças, especialmente diante de problemas de comportamento, vários programas de intervenção são desenvolvidos (RIOS; WILLIAMS, 2008; BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019; LANDIM; BORSA, 2017). Diferentes abordagens são adotadas (ex. comportamental, cognitivo-comportamental) e vários níveis de atuação estão envolvidos, como é o caso da família, da escola e comunidade (BATISTA; WEBER, 2014; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010; RIOS; WILLIAMS, 2008). Em crianças com idades iniciais (entre 3 e 7 anos), a efetividade das intervenções feitas diretamente com pais (em especial, com mães) tem merecido destaque quando comparada a outros níveis de atuação (BOCHI; FRIEDRICH; 2016; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019; PACHECO, 2016; PETERSEN; WAINER, 2011).

Apesar de muitos dos estudos apresentarem os efeitos de tais programas, poucos descrevem seus procedimentos com clareza (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010), de forma a instrumentalizar pesquisadores na condução de novas pesquisas. No Brasil, por exemplo, apesar do número expressivo de publicações acerca do tema, ainda são raros os estudos cujo propósito se volta para se atestar a eficácia desses programas de intervenção e/ou prevenção com foco em variáveis familiares de natureza cognitivo-comportamental (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010; MURTA, 2007; BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016). A maioria dos modelos existentes neste país estão em fase inicial de desenvolvimento (BATISTA; WEBER, 2014; BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016), limitados a delineamentos correlacionais e a avaliação de

variáveis isoladas, como é o caso das habilidades sociais (BATISTA; MARTURANO, 2016; SABBAG; BOLSONI-SILVA, 2015) e dos estilos ou práticas parentais (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PACHECO *et al.*, 2005; SNYDER *et al.*, 2012).

Tais aspectos indicam a necessidade de elaboração de programas de intervenção avaliados por meio de delineamentos quase-experimentais ou experimentais, direcionado para cuidadores de crianças em contexto brasileiro e, por conseguinte, justificam a proposta desta tese, que é propor e avaliar um programa de intervenção parental voltado para redução do comportamento antissocial em crianças. Especificamente, pretende-se: 1) analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos (Escala de Senso de Competência Parental; Escala de Estresse Parental e Questionário de Capacidades e Dificuldades); 2) verificar a relação entre as variáveis familiares (estilos parentais, competência parental, estresse parental) e o comportamento antissocial infantil; 3) elaborar a intervenção; e 4) avaliar a eficácia do programa proposto, intitulado como “Aprendendo sobre Filhos”.

A tese foi organizada em duas partes. A primeira delas é o Marco Teórico, que reuniu três capítulos: 1) Comportamentos antissociais infantis: fundamentação teórica; 2) Variáveis relacionadas ao estudo do comportamento antissocial infantil; e 3) Programas de treinamento parental em comportamento antissocial infantil. A segunda, Estudos Empíricos, envolveu três estudos: 1) Propriedades psicométricas das medidas e correlação entre as variáveis; 2) Estudo piloto do programa de treinamento parental; e 3) Avaliação do programa Aprendendo sobre Filhos: um estudo clínico randomizado controlado.

2 COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL NA INFÂNCIA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A temática do comportamento antissocial está presente em diferentes campos de estudo como o Direito, a Psicologia, a Psiquiatria e a Sociologia (ROMERO, 1998; SANTOS, 2008). No âmbito da Psicologia, por exemplo, o comportamento antissocial infantil tem sido amplamente estudado (PACHECO *et al.*, 2005; HENRIQUES, 2014). Apesar da relevância do tema, ainda há necessidade de revisões que reúnam diferentes características do problema em um único contexto (PARIZ, 2015). Em geral, as sistematizações encontradas se limitam a discussões de aspectos específicos do comportamento antissocial, como é o caso da agressividade infantil (BORSA; BANDEIRA, 2014), ou se voltam apenas para o levantamento das principais variáveis explicativas (HENRIQUES, 2014). Desse modo, tendo em vista o campo em que se insere esta tese, espera-se com esse capítulo apresentar as bases teóricas para o estudo do comportamento antissocial, de modo mais específico, o infantil. Para tanto, serão elencados os principais aspectos relacionados à definição, às terminologias e às perspectivas teóricas.

2.1 Comportamento Antissocial na Infância: Definição e terminologias associadas

De um modo geral, reconhece-se que não há uma concordância na definição de comportamento antissocial (PACHECO *et al.*, 2005; SANTOS, 2008). Na Psicologia, além das terminologias clínicas, a expressão “comportamentos socialmente desviantes” usualmente é empregada (SEISDEDOS, 1988; SCARAMELLA *et al.*, 2002; SANTOS, 2008). Os comportamentos socialmente desviantes, em geral, se organizam em um modelo de dois fatores, que agrega o comportamento antissocial, em sentido restrito, e o comportamento delitivo; o primeiro, referindo-se às condutas que infringem às normas sociais, sem necessariamente transgredir as leis formais (ex. furar a fila, desrespeitar os colegas), e o segundo, caracterizando infrações mais graves, passíveis de punições, uma vez que infringem as normas jurídicas, como é o caso dos homicídios e furtos (SCARAMELLA *et al.*, 2002; SEISDEDOS, 1998; SANTOS, 2008).

Analisando especificamente a infância, a definição pode se tornar ainda mais complexa. Em geral, os padrões antissociais observados durante a fase são mais brandos e, não necessariamente, definem-se como condutas delitivas, sendo, em muitos casos, os problemas psiquiátricos bem mais frequentes (PACHECO *et al.*, 2005). Em função disso, a utilização do termo “comportamentos socialmente desviantes” para essa faixa etária parece não ser

suficiente, dado que tal definição não expressa o conjunto de condutas antissociais observadas, especificamente, durante a infância (FERNANDES, 2014; SANTOS, 2008). Portanto, com intuito de compreender o que se tem chamado de comportamento antissocial infantil, a seguir serão apresentadas as especificidades das expressões comumente associadas ao estudo do tema, a saber: transtornos disruptivos, do controle e do impulso, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de desregulação do humor, problemas externalizantes e o próprio termo “comportamento antissocial infantil”.

2.1.1 Transtornos Disruptivos, do Controle e do Impulso

No Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V*), na seção de Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulso e da Conduta são apresentados um conjunto de condições clínicas em que se manifestam problemas de autocontrole das emoções e de comportamentos. Nesse grupo, incluem-se o Transtorno de Oposição Desafiante, o Transtorno Explosivo Intermitente, o Transtorno da Conduta (APA, 2014).

No geral, tais transtornos abrangem comportamentos que violam os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade (APA, 2014). Sobre isso, destaca-se que a maioria dos sintomas que abrangem os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta são comportamentos que ocorrem, em alguma medida, em indivíduos com desenvolvimento típico. Portanto, para fins diagnósticos, a persistência e a frequência dos sintomas deverão exceder os níveis considerados normais (típicos) para a idade, o gênero e a cultura do indivíduo. A seguir, serão detalhados os transtornos desse grupo que estão relacionados à faixa etária da infância.

a) Transtorno de Oposição Desafiante

Anteriormente chamado de transtorno desafiador opositivo (TDO), o transtorno de oposição desafiante (TOD) se caracteriza por um padrão frequente e persistente, de humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa, com prevalência maior entre indivíduos do sexo masculino na faixa etária dos 4 aos 12 anos (APA, 2014). Os indivíduos que apresentam a sintomatologia desse quadro clínico podem facilmente perder o controle se as coisas não saem conforme o planejado, brigam excessivamente com crianças e adultos, não se sentem culpados por sua má conduta, irritam pessoas de sua convivência,

recusam-se a obedecer regras ou pedidos de figuras de autoridade, frequentemente culpam os outros por seu mau comportamento e podem apresentar comportamentos vingativos ou malvados (SERRA-PINHEIRO; GUIMARÃES; SERRANO, 2005; PACHECO *et al.*, 2005; APA, 2014).

Os sintomas do TOD podem se limitar a apenas um ambiente, mais frequentemente em casa, mas com prejuízos significativos no funcionamento social. Entretanto, nos casos mais graves, os sintomas do transtorno estão presentes em múltiplos ambientes (APA, 2014). Além disso, observa-se que os sintomas do transtorno podem ocorrer, em alguma medida, entre indivíduos sem o transtorno. Desse modo, para fins diagnósticos, recomenda-se observar quatro ou mais sintomas durante os últimos seis meses, e que tais comportamentos sejam presentes na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão (APA, 2014).

O TOD é mais prevalente em famílias nas quais o cuidado da criança é perturbado por uma sucessão de cuidadores diferentes ou em famílias nas quais são comuns práticas agressivas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos (APA, 2014; BUENO; MISHIMA; BARBIERI, 2010). Em geral, apresenta comorbidade com o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e com o transtorno da conduta (APA, 2014). Estudos apontam que crianças e adolescentes com transtorno de oposição desafiante estão sob risco aumentado para uma série de problemas de adaptação na idade adulta, incluindo transtorno de personalidade antissocial, problemas de controle de impulsos, abuso de substâncias, ansiedade e depressão (APA, 2014; BURKE; ROWE; BOYLAN, 2014; PINGAULT *et al.*, 2013)

Diferentes formas de intervenção são propostas, como é o caso do acompanhamento psicoterapêutico para a criança, bem como orientação e treinamento para os pais (CALEIRO; SILVA; 2012; SERRA-PINHEIRO; GUIMARÃES; SERRANO, 2005). Enquanto o DSM-V apresenta o transtorno de oposição desafiante e o transtorno de conduta (*Conduct Disorder*) separadamente, a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) os agrega no que denomina Distúrbio de Conduta (ROWE *et al.*, 2005; APA, 2000, 2014; WHO, 2002).

b) Transtorno Explosivo Intermitente

Também conhecido como a “síndrome do pavio-curto” ou “síndrome de Hulk”, o transtorno explosivo intermitente é uma desordem comportamental caracterizada por indivíduos que, pela incapacidade de gerenciar seus impulsos agressivos, são levados a ter comportamentos agressivos e ataques de fúria de início rápido, com duração de até 30 minutos,

cujo “disparo”, costuma ocorrer em resposta a uma provocação mínima ou evento estressor (APA, 2014; MCCLOSKEY *et al.*, 2017). Para o diagnóstico, é preciso ter idade mínima (ou nível de desenvolvimento equivalente) de pelo menos 6 anos (APA, 2014).

Em geral, os indivíduos com transtorno explosivo intermitente podem apresentar explosões de agressividade classificadas como “leves” ou “severas”. As explosões “leves” são ameaças, xingamentos, ofensas, gestos obscenos, ataque de objetos e agressões físicas, as quais não causam danos a objetos ou lesões em animais ou outros indivíduos, mas ocorrem com uma frequência média de 2 vezes na semana por um período mínimo de 3 meses. Já as explosões mais severas envolvem destruição de propriedade ou patrimônio e ataques físicos com lesão corporal, com frequência de pelo menos 3 episódios dentro do período de um ano (APA, 2014).

De uma maneira geral, a magnitude de agressividade, expressa durante as explosões recorrentes, é desproporcional em relação à provocação ou a quaisquer estressores psicossociais precipitantes, não são premeditadas e não visam atingir algum objetivo tangível, como dinheiro, poder, intimidação (APA, 2014). Desse modo, em níveis mais graves, tais explosões causam sofrimento ao indivíduo ou geram problemas no âmbito profissional, interpessoal, financeiro ou legal (DELISI *et al.*, 2017; KULPER *et al.*, 2015)

Nesse transtorno, para fins diagnósticos, os ataques agressivos não podem ser derivados do uso de substâncias (ex. álcool, drogas, medicamentos) e nem devido a qualquer outra condição psicológica (ex. transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno psicótico, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade *borderline*) ou médica (ex. traumatismo craniano, doença de Alzheimer). Além disso, pessoas com idade entre 6 e 18 anos não devem receber esse diagnóstico em situações nas quais as explosões de agressividade impulsivas ocorrerem no contexto de um transtorno de adaptação (APA, 2014).

Diferentes causas podem ser atribuídas ao transtorno explosivo intermitente, alguns estudos destacam a disfunção na produção de serotonina e a convivência com famílias instáveis (BARRETO, ZANIN; COCCARO, 2012; DOMINGOS, 2009). A terapia cognitivo-comportamental, associada ao tratamento farmacológico, apresenta-se como base para o tratamento (BARRETO, ZANIN; DOMINGOS, 2009; GALVÃO; PEREIRA; FORTI, 2016).

c) Transtorno de Conduta

O transtorno de conduta (TC), comum na faixa etária dos 12 aos 16 anos, consiste em um padrão de comportamento repetitivo e persistente, no qual são violados direitos básicos de

outras pessoas ou normas sociais relevantes (APA, 2014). Em geral, os indivíduos com transtorno de conduta agredem pessoas e/ou animais, destroem propriedades, mentem para obter bens materiais ou favores, invadem casas ou furtam residências ou apresentam violação grave de regras, como ficar fora de casa sem autorização dos pais e faltam às aulas sem motivo aparente (APA, 2014; ASSUMPÇÃO; KUCZYNSKI, 2003). Em alguns casos, também se pode observar emoções prossociais limitadas, ausência de remorso ou culpa, despreocupação com o rendimento acadêmico e afeto superficial (APA, 2014).

Para o diagnóstico, o indivíduo deve ter pelo menos três dos 15 critérios nos últimos 12 meses, com ao menos um presente nos últimos seis meses (APA, 2014). Ressalta-se que a perturbação comportamental presente nesse transtorno deve causar prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou profissional. Tal transtorno pode ser diagnosticado em adultos, embora os sintomas geralmente surjam na infância ou na adolescência, sendo raro o início depois dos 16 anos. Em indivíduos com 18 anos, ou mais, o diagnóstico para transtorno de conduta só deve ser dado, quando os critérios para o transtorno de personalidade antissocial não forem preenchidos (APA, 2014).

Com base na idade de início, existem três subtipos de TC: 1) com início na infância; 2) na adolescência; e 3) não especificado (APA, 2014). No primeiro, os indivíduos podem ter transtorno de oposição desafiante na infância e, normalmente, expressam sintomas que preenchem critérios para transtorno da conduta antes da puberdade. O com início na adolescência, ocorre quando os indivíduos não apresentam nenhum sintoma característico de transtorno da conduta antes dos 10 anos de idade (APA, 2014). Pessoas que apresentam o tipo com início na infância são mais propensas a ter o transtorno da conduta persistente na vida adulta, quando comparadas com aqueles do tipo com início na adolescência (APA, 2014; SILVA, 2011; ODGERS *et al.*, 2007; HODGINS; PEDEN, 2008). Os dois subtipos podem ocorrer nas formas leve, moderada ou grave, variando conforme o nível de danos causados aos outros. O subtipo de início não especificado é atribuído a contextos nos quais não se possui dados suficientes para determinar a idade de início (APA, 2014).

As principais consequências dos comportamentos do TC podem ser suspensão ou expulsão da escola, problemas de adaptação no trabalho, problemas legais, comportamento sexual de risco e lesões físicas causadas por acidentes ou brigas (APA, 2014; SILVA, 2011). Dentre os principais fatores de risco, a literatura destaca o temperamento, os contextos de socialização, em que se prevalecem as práticas parentais ineficazes, a rejeição por pares e histórico de doença mental dos pais (MURRAY, FARRINGTON, 2010; ROWE *et al.*, 2010). A

intervenção precoce possibilita um melhor prognóstico, reduzindo, por exemplo, o risco de surgimento de comportamentos antissociais na vida adulta (HARLEY; MURTAGH; CANNON, 2008; SILVA, 2011). Após o diagnóstico, independente da modalidade do tratamento, o prognóstico se torna mais complexo (SILVA, 2011). As principais estratégias de tratamento envolvem a tomada de medidas de proteção para o indivíduo, a família e a sociedade, que abrangem psicoterapia, intervenção com as famílias e tratamento farmacológico (HENGgeler, SHEIDOW, 2012).

2.1.2 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Além dos transtornos disruptivos de controle e de impulsos, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) também é mencionado nos estudos acerca dos problemas de comportamento infantil (HORA *et al.*, 2015). Estudos destacam, por exemplo, sua comorbidade com outros transtornos (REINHARDT; REINHARDT, 2013; RODRIGUES *et al.*, 2014), sendo primordial, em alguns casos, o conhecimento das suas características para fins de diagnóstico diferencial (MAZZONI; TABAQUIM, 2015).

No DSM- V, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi incluído na seção Transtorno do Neurodesenvolvimento, uma vez que as evidências empíricas apresentadas na nova versão do manual se mostraram mais relevantes para a inclusão nesse grupo, embora suas características também estejam relacionadas aos Transtornos Disruptivos (APA, 2014). Os transtornos do Neurodesenvolvimento abrangem as dificuldades no desenvolvimento que se manifestam precocemente e influenciam o funcionamento pessoal, social, acadêmico ou pessoal. Nesse contexto, o TDAH se configuraria como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e com impacto negativo sobre as atividades sociais e acadêmicas/profissionais (APA, 2014).

Entre os principais domínios, estão: 1) desatenção: 2) hiperatividade-impulsividade. A desatenção abrange sintomas relacionados à divagação na realização tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização. A hiperatividade se refere a atividade motora excessiva quando não se é apropriado, como remexer, batucar ou falar em excesso (APA, 2014). Nos adultos, a hiperatividade pode se manifestar como inquietude exagerada ou esgotamento dos outros com sua atividade. A impulsividade envolve ações precipitadas que ocorrem sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex.,

atravessar uma rua sem olhar), também pode se manifestar como intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) e/ou tomada de decisões importantes sem considerações acerca das consequências no longo prazo (APA, 2014).

Embora grande parte dos indivíduos apresentem uma combinação dos sintomas de desatenção com os sintomas hiperatividade-impulsividade, em alguns casos, há domínio de um, ou outro padrão, portanto, o subtipo adequado é indicado de acordo com o padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses (APA, 2014). Para o diagnóstico de crianças, seis (ou mais) dos sintomas devem persistir por pelo menos seis meses em pelo menos um domínio, já em adolescentes e adultos mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são obrigatórios (APA, 2014). Adicionalmente, deve-se observar se os sintomas já se manifestavam antes dos 12 anos de idade e se ocorrem pelos menos dois contextos (ex. casa, escola); além disso deve-se excluir a possibilidade do quadro clínico não está associado ao curso de algum transtorno psicótico (como esquizofrenia) ou não ser melhor explicado por outro transtorno mental (APA, 2014).

Entre as principais características que variam de acordo com a idade e o estágio evolutivo, estão: a baixa tolerância à frustração, crises de raivas, comportamento autoritário, birra, inconstância do humor, desmoralização, rejeição por colegas e baixa autoestima (APA, 2014; CAYE *et al.*, 2014). Além disso, o baixo desempenho acadêmico, em geral, está presente, sendo geralmente interpretado como preguiça e baixo compromisso com as atividades, o que pode dificultar o relacionamento com a família (PEREIRA, EDUVIRGEM, MONTEIRO, 2017; OLIVEIRA; DIAS, 2017). Embora o TDAH seja mais prevalente em crianças, alguns adultos podem ser diagnosticados tardiamente (BARKLEY; BENTON, 2016; CASTRO, LIMA, 2018). Estudos elencam as consequências do TDAH em adultos, sobretudo no que se refere à adaptação à universidade e às preocupações com o desempenho acadêmico (OLIVEIRA; DIAS, 2017; CASTRO, LIMA, 2018). Além do tratamento farmacológico e psicoterápico, com o objetivo de alcançar resultados mais eficazes, diferentes intervenções diretas na escola e na família são propostas (ROCHA; DEL PRETTE, 2017).

2.1.3. Transtorno da Desregulação do Humor

O transtorno da desregulação do humor é um novo transtorno incluído no DSM-V no grupo dos transtornos depressivos, cuja característica principal é a irritabilidade crônica grave (APA, 2014; ROY; LOPES; KLEIN, 2014). Por ser recente, a prevalência na população não é

bem definida, porém observa-se a presença marcante em crianças do sexo masculino e em idade escolar (APA, 2014). As características comportamentais desse transtorno muito se assemelham aos transtornos já mencionados, sendo a compreensão de suas peculiaridades importantes para diagnóstico diferencial (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014; APA, 2014).

Em geral, indivíduos com o transtorno da desregulação emocional apresentam explosões de raiva recorrentes e graves que são desproporcionais em intensidade e inconsistentes com o nível de desenvolvimento (APA, 2014). Tais sintomas devem se manifestar ao menos três vezes por semana, em dois ou mais ambientes, persistir por no mínimo um ano e o diagnóstico só pode ser dado entre os seis e os dezoito anos de idade (APA, 2014; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Além disso, destaca-se que o humor entre as explosões de raiva deve ser persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia ou quase todos os dias. Embora seja um transtorno que apresente características semelhantes a outros transtornos (COPELAND *et al.*, 2013; DOUGHERTY *et al.*, 2014) orienta-se que o diagnóstico do transtorno de Desregulação do Humor não pode coexistir com o transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente ou transtorno bipolar (APA, 2014).

Desse modo, a compreensão do quadro clínico é essencial para impedir que o diagnóstico seja aplicado a crianças saudáveis com comportamento de birra, ou seja confundido com outros transtornos, a exemplo do transtorno bipolar, transtorno do espectro autista, o transtorno de estresse pós-traumático, o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno depressivo persistente (APA, 2014; ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Entre as principais consequências, tem-se que a presença de irritabilidade crônica prejudica a convivência familiar e dificulta as relações interpessoais (APA, 2014; DOUGHERTY *et al.*, 2014). Embora os estudos sobre esse transtorno ainda se apresentem de modo incipiente (DOUGHERTY *et al.*, 2014), o curso do transtorno é considerado de risco para o desenvolvimento de outros transtornos depressivos e ansiosos (COPELAND *et al.*, 2013). O tratamento farmacológico, juntamente com a psicoterapia comumente é utilizado para melhora dos sintomas (KRIEGER; STRINGARIS, 2013; TOURIAN *et al.*, 2015).

2.1.4 Problemas Externalizantes e Comportamento Antissocial na Infância

Para além dos transtornos mentais apresentados pelos manuais diagnósticos, a expressão “problemas de comportamento” comumente é referenciada (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003; LINS *et al.*, 2013). Segundo Bolsoni-Silva e Del Prette (2003), estes problemas podem

ser definidos como déficits e/ou excessos comportamentais que dificultam o acesso da criança ou do adolescente a novas contingências de reforçamento. Assim, os problemas de comportamentos podem se referir a uma variedade de características que contemplam, tanto aspectos comportamentais externalizantes, como internalizantes.

Nesse contexto, os problemas internalizantes contemplariam sintomas de depressão, de ansiedade, de retraimento social e de queixas somáticas (RUBIN; ROOT; BOWKER, 2010; WILKINSON, 2009); já os problemas de externalização estariam relacionados à agressividade, baixo autocontrole, problemas de atenção e comportamentos disruptivos (PACHECO *et al.*, 2005; LINS *et al.*, 2013). Estes podem ser considerados indicadores iniciais de comportamentos antissociais e podem evoluir para transtornos mentais, como o transtorno oposição desafiante, o transtorno de conduta e o transtorno de personalidade antissocial (APA, 2014).

No que diz respeito às diferenças entre “comportamento antissocial infantil” e “problemas externalizantes”, aponta-se que os comportamentos externalizantes seriam manifestações mais leves da conduta antissocial, já o “comportamento antissocial infantil” seria mais apropriado quando se observa maior estabilidade do comportamento agressivo (SHAW; WINSLOW, 1997). Apesar das discussões, em alguns casos, tais termos são utilizados como sinônimos (PACHECO *et al.*, 2005; PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

No Modelo Sócio Interacionista dos Estágios (PATTERSON; CAPALDI; BANK, 1991; PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PATTERSON; REID; DISHION, 2002), por exemplo, o comportamental antissocial é aprendido na interação familiar, durante a infância, e abrangeria eventos aversivos pouco graves (chorar, desobedecer, etc.), que podem ser protótipos de possíveis atos antissociais (comportamentos socialmente desviantes) na adolescência e na idade adulta. A exposição à violência e à agressão, tanto na comunidade, quanto em recursos midiáticos, aumentam a probabilidade de aprendizagem desses comportamentos (PATTERSON; REID; DISHION 2002). Dentro dessa perspectiva, os padrões comportamentais antissociais aprendidos seriam utilizados para remover estímulos aversivos sob os quais os indivíduos estão frequentemente expostos (ex. ordens, cobrança) e acabam sendo, constantemente, fortalecidas pelas interações coercitivas (PATTERSON; REID; DISHION, 2002; SIDMAN; ANDERY; SÉRIO, 1995).

Assim, no contexto infantil, o comportamento antissocial pode ser definido como um padrão comportamental ao mesmo tempo aversivo e contingente, marcado por violação dos direitos alheios, desconsideração dos danos causados e imediatividade na busca de gratificação e de benefícios próprios (PATTERSON; REID; DISHION, 2002; ROCHA, 2008). Em termos

operacionais, contempla comportamentos como brigar, desobedecer, xingar, bater, mentir, roubar, fugir de casa e trapacear (PATTERSON; CAPALDI; BANK, 1991). Em geral, a manifestação desses comportamentos ocorre em diferentes contextos e podem ser avaliados por meio de diferentes informantes (ex. pai, mãe, professor) e formas, como entrevistas, observação e aplicação de instrumentos (RESCORLA *et al.*, 2018; ACHENBACK, 2017).

Em função dos objetivos desta tese, optou-se por utilizar a expressão comportamento antissocial na infância. Compreende-se que este termo é mais apropriado para indicar uma gama de comportamentos observados na infância, como agressividade, descumprimento de regras, condutas desafiantes e oposicionistas que, embora não tenham o diagnóstico de um transtorno específico ou infrinjam leis formais, apresentam certa estabilidade e causam prejuízos no funcionamento social (APA, 2000; PATTERSON, REID; DISHION, 1992). Assim, reconhece-se que, embora tais comportamentos tragam incômodo aos envolvidos (ex. pais e professores), nem sempre suas manifestações podem ser reduzidas a transtornos psiquiátricos. Portanto, para a intervenção que se pretende, ter-se-á o cuidado de se observar não apenas a topografia do comportamento da criança, mas sim a função que estes comportamentos têm para o indivíduo e seu contexto, bem como as contingências que os instalaram e que os mantém (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Nesse sentido, parte-se do pressuposto que nem todo comportamento antissocial é patológico e as manifestações desses comportamentos não estão dissociadas contexto em que tais crianças estão inseridas e que, embora esta tese se trate de uma intervenção voltada para cuidadores, outros elementos ligados a escola, com unidade, política, religião e cultura também podem influenciar na compreensão da variável.

Desse modo, tendo em vista o caráter multideterminado do comportamento antissocial infantil, a seguir serão apresentados alguns modelos explicativos que serão base para a fundamentação teórica do estudo.

2.2 Contribuições teóricas acerca do Comportamento Antissocial na Infância

Entre as principais teorias desenvolvidas com o intuito de se compreender o desvio social, destacam-se a Teoria da Anomia (MERTON, 1938/1968), a Teoria da Associação Diferencial (SUTHERLAND; CRESSEY; LUCKENBILL, 1939/1992), a Teoria Aprendizagem Social (BANDURA; WALTERS, 1963), a Teoria do Controle Social (HIRSCHI, 1969), o Modelo do Desenvolvimento Social (CATALANO; HAWKINS, 1996), a Teoria da Autorrejeição (KAPLAN; MARTIN; JOHNSON, 1986) e a Hipótese do Compromisso Convencional e Afiliação Social (SANTOS, 2008).

Embora relevantes, destaca-se que nem todas as teorias trazem contribuições para a estruturação de programas orientados à prevenção ou à redução do comportamento antissocial infantil, uma vez que, em algumas delas, seus campos de aplicação não discutem aspectos relacionados à infância (FERNANDES, 2014). Assim, com o propósito de abordar diferentes elementos (individuais, cognitivos, contextuais, relacionais e sistêmicos) que podem interferir no estudo do comportamento infantil, a seguir serão apresentadas as perspectivas teóricas que fundamentam a intervenção que será apresentada nesta tese.

2.2.1 Perspectiva do Temperamento

O estudo do temperamento nem sempre foi aceito na compreensão dos problemas de comportamento (KRISTAL, 2005; SEABRA-SANTOS, 2007). Entretanto, desde a década de 1950 o número de pesquisas nesta área aumentou significativamente, sobretudo devido aos estudos desenvolvidos por Stella Chess e Alexandre Thomas (KLEIN; LINHARES, 2010; KRISTAL, 2005). Para esses autores, o comportamento de uma criança não é só consequência do modo pelo qual foi educada, características individuais, como o temperamento, também precisam ser consideradas (CHESS; THOMAS, 1996).

Segundo Chess e Thomas (1996), o temperamento se refere a maneira que um indivíduo se comporta. Assim, o temperamento diz respeito ao “como” o indivíduo reage a seu ambiente e às pessoas em volta dele, portanto, não se refere ao “porquê” ele faz (motivação) ou “quão bem” ele desempenha uma tarefa (habilidade). Trata-se de um componente estilístico, que se manifesta já nos primeiros anos de vida e é influenciado por fatores biológicos, pelo contexto e pela experiência (CHESS; THOMAS, 1996).

Em síntese, observa-se que o temperamento agrega um conjunto de características elementares relativamente consistentes que moderam a ação, reação, emoção e socialização (GOLDSMITH *et al.*, 1987). Em sua relação com a personalidade, pode-se dizer que, em alguma medida, os construtos coincidem, uma vez que o temperamento fornece um aparato biológico para o desenvolvimento da personalidade (GOLDSMITH *et al.*, 1987). Entretanto, em idades iniciais, as reduzidas experiências de vida fazem com o que os traços do temperamento sejam correspondentes a totalidade da personalidade. Por isso, alguns autores preferem utilizar o termo temperamento para se referir a essas características presentes nos primeiros anos de vida e a personalidade apenas a partir da adolescência (GOLDSMITH *et al.*, 1987; RUTTER, 2013).

Chess e Thomas (1996) propõem nove traços temperamentais: 1) Nível de atividade: grau de atividade motora quando criança está acordada ou adormecida; 2) Aproximação/Evitância: reação a novos lugares, pessoas, situações ou coisas; 3) Adaptabilidade: refere-se ao quão facilmente uma criança se adapta a mudança ou transições; 4) Humor: diz respeito à disposição emocional em ser mais positivo (agradável, alegre, amigável) ou mais negativo (choroso, desagradável); 5) Limiar de reatividade: nível de estimulação necessária para evocar uma resposta; 6) Intensidade: refere-se ao quão expressiva uma criança é, independente de sua qualidade ou direção; 7) Distratibilidade: facilidade com que a criança pode ser distraída por estímulos externos (nível de concentração ou foco); 8) Ritmicidade/ regularidade: relaciona-se ao nível de previsibilidade das funções biológicas de uma criança, como padrões de sono, apetite e digestão; e 9) Tempo de Atenção/Persistência: habilidade para continuar uma atividade difícil ou com obstáculos. .

Embora as combinações entre estes traços sejam ilimitadas, Thomas e Chess identificaram três perfis temperamentais mais comuns em crianças, a saber: 1) a criança fácil (*easy*): caracterizada pela regularidade em funções corporais (sono, alimentação); humor positivo; boa adaptabilidade a mudanças e sociável; 2) a criança de aquecimento lento (*slow-to-warm up*), também conhecida como tímida, inicialmente rejeita novos lugares, pessoas ou coisas, tende a ser apegada aos cuidadores e, quando é incomodada, é inclinada a se afastar da situação; e 3) a criança difícil (*difficult*), identificada pela dificuldade com o sono e horário de refeição, baixa adaptabilidade a mudanças e humor negativo (CHESS; THOMAS, 1996).

Com base nesses aspectos, pode-se dizer que o estudo do temperamento se configura como um conceito-chave para a compreensão do desenvolvimento do indivíduo, uma vez que suas características podem se constituir como fatores de risco e/ou proteção (CHESS; THOMAS, 1996). Diferentes temperamentos promovem diferentes reações no ambiente. Características temperamentais como boa sociabilidade (fator de proteção), por exemplo, podem favorecer a manutenção de relações sociais, ao passo que a emocionalidade negativa (fator de risco) pode promover a rejeição e o conflito. Apesar dessa tendência, é preciso cautela na avaliação das características temperamentais, uma vez que estas por si só não se constituem como causa dos problemas de comportamentos e necessitam ser observadas em conjunto com outras características individuais e do meio (CHESS; THOMAS, 1999).

Crianças reagem a seus contextos (físico ou social) com base no seu temperamento, assim como adultos e pares reagem ao temperamento infantil. Nessa discussão, surge o conceito de *goodness of fit* ou bom ajustamento, o qual diz respeito ao nível de consonância existente

entre o organismo e o contexto (CHESS; THOMAS, 1999). Quando as características do contexto (físico e social), bem como suas expectativas e demandas estão de acordo com capacidades, características e estilo de comportamento do organismo ocorre o *goodness of fit* (CHESS; THOMAS, 1999). Um bom ajustamento (*goodness of fit*) torna possível um desenvolvimento “saudável”, ao passo que um ajustamento pobre (*poorness of fit*) favorece um desenvolvimento “mal adaptado” (CHESS; THOMAS, 1999). No contexto escolar, por exemplo, se uma criança é dotada de um temperamento marcado por atividade motora elevada e tendência a distratibilidade, para que se alcance um bom ajustamento, é recomendável que se atue em características relacionadas ao docente, na ampliação de espaços de lazer na escola, na variabilidade de tarefas e na remoção de estímulos distratores em sala de aula (SEABRA-SANTOS, 2008).

Especificamente no estudo do comportamento antissocial infantil, certas características temperamentais, como humor negativo (ex. irritável, zangado), baixa resistência à frustração e impulsividade, apresentam-se como fatores de risco para a manifestação desses comportamentos (ANTÚNEZ *et al.*, 2016; WICHSTRØM *et al.*, 2018). No estudo realizado por Antúnez *et al.* (2016), em que se avaliou como os níveis de psicopatologia de mães e pais atuam como um moderador da relação entre temperamento e comportamento antissocial em crianças pré-escolares, observou-se que pontuações altas em depressão e em ansiedade paterna aumentavam a incidência de características temperamentais “difíceis” em crianças e, por conseguinte, também potencializavam a ocorrência de comportamentos antissociais infantis.

Neste contexto, sugere-se que as intervenções direcionadas a regulação do temperamento infantil com base nas características do meio (ex.: competência dos cuidadores) podem reduzir as dificuldades presentes. Destaca-se que, em alguns casos, pais, professores e outros cuidadores tendem a se sentir os únicos responsáveis pelo comportamento antissocial de crianças (KRISTAL, 2005). Nesse sentido, para a intervenção que será proposta, na medida em que se pressupõe que o temperamento infantil é um dos aspectos (não o único) que influencia a intensidade de uma dificuldade comportamental, o sentimento de culpa (de pais e de professores) pode ser reduzido e a busca de soluções torna-se mais viável porque estará focada na procura de um bom ajustamento.

2.2.2 Teoria da Aprendizagem Social

Proposta na década de 1960, em uma fase inicial da carreira de Albert Bandura (1925- até hoje), a clássica Teoria da Aprendizagem Social é considerada uma “ponte” entre a teoria

da aprendizagem tradicional e a abordagem cognitiva, quando propõe que a aprendizagem pode ocorrer não só por meio da experiência direta (condicionamento clássico e operante), mas também pela observação de modelos (BANDURA, 1977). O ponto inicial da teoria se deu a partir de um experimento nomeado João Bobo, em que três grupos de crianças foram submetidos a um filme nos quais adultos agrediam os bonecos. No primeiro grupo, o adulto era recompensado por agredir o boneco, no segundo, ele era punido e no terceiro não sofria nenhuma consequência. Depois do filme, observou-se que o grupo de crianças que viu o adulto sendo recompensado, tendia a repetir com maior frequência as agressões, quando comparado aos outros dois. Com base nesse experimento, teorizou-se que o ser humano aprende novos comportamentos sem realizá-los ou receber reforço direto por eles, o que foi chamado de aprendizagem vicária ou observacional (BANDURA, 1986).

Para esta teoria, discute-se que a observação de modelos, os quais podem ser modelos vivos (uma pessoa executando um comportamento), instruções verbais (uma explicação ou descrição de comportamento específico) ou modelos simbólicos (como os meios de comunicação em massa), possibilitaria três efeitos no comportamento: 1) a modelagem, à medida em que há uma aquisição de novas respostas frente ao repertório de respostas do indivíduo; 2) o inibidor/desinibidor, que possibilita que o indivíduo apresente uma maior ou menor frequência ou intensidade de respostas adquiridas previamente; e 3) a provocação, parte do pressuposto que o comportamento observado possibilita que o indivíduo reproduza respostas semelhantes, as quais não são completamente novas e nem são decorrentes de uma aprendizagem prévia (BANDURA; WALTERS, 1963).

É importante ressaltar que, nesse tipo de aprendizagem, o estímulo não interfere diretamente no comportamento do observador (BANDURA, 1986) e quatro processos de mediação são necessários: os processos de atenção e discriminação do comportamento do modelo; retenção do comportamento observado; motivação e reprodução motora (BANDURA; WALTERS, 1963). Ou seja, é preciso que o indivíduo preste atenção no comportamento, lembre-se do que o modelo faz, pondere as consequências que ele obtém com o comportamento e transforme em ação o que aprendeu. Destaca-se que também são consideradas as características do modelo, o grau de afinidade ou o tipo de papel desempenhado pelo mesmo (figura de um herói, o sexo do modelo, etc.) e as contingências envolvidas na situação (VIEIRA; MENDES; GUIMARAES, 2010).

De uma maneira geral, reconhece-se que os estudos acerca da Teoria da Aprendizagem Social, embora iniciais, ampliaram a compreensão acerca dos mecanismos de aprendizagem,

(BANDURA,1979, 2005). Desde 1980, a teoria foi atualizada e chamada de Teoria Social Cognitiva (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008), em que foi proposto um modelo mais holístico para o funcionamento humano e aprofundados conceitos como determinismo recíproco, autoeficácia, modelação, autorregulação e desengajamento moral (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008). As contribuições da teoria são observadas em diversos campos como saúde, educação e organizações e aplicada em temas como habilidades sociais (ÓLAZ, 2009; RIOS-SALDAÑA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002), agressividade (VIEIRA; MENDES; GUIMARAES, 2010) e modificação do comportamento (LATHAM, SAARI, 1979).

Especificamente, no estudo do comportamento antissocial infantil, trata-se de uma importante teoria, uma vez que discute a aprendizagem de novos comportamentos a partir da observação de modelos comportamentais, como é o caso das pesquisas sobre agressividade infantil (GOMIDE, 2000; VIEIRA; MENDES; GUIMARAES, 2010). Sobre isso, discute-se que através da aprendizagem observacional e da imitação de uma modelo adulto, crianças e adolescentes provenientes de lares violentos podem se tornar agressivas, pois internalizam que o uso da agressão é uma forma apropriada de lidar com conflitos interpessoais (CONTRERAS; DEL CANO, 2016; ZEPHYR *et al.*, 2015). Estudos apontam, por exemplo, uma associação entre o uso de punições físicas e verbais pelos pais para seus filhos e o aumento na pontuações de agressão física e verbal das crianças (PAGANI, 2009). Dentro dessa perspectiva, para a intervenção que será proposta, adotar-se-á como pressuposto que o comportamento também pode ser apreendido por modelos e este modelo pode ser um cuidador presente no contexto familiar. Portanto, para uma redução dos níveis de comportamento antissocial infantil, o aprimoramento das competências sociais, cognitivas e emocionais desse cuidador com o qual a criança está em interação é uma das possibilidades.

2.2.3 Teoria do Apego

Fundamentada na etologia, na psicologia do desenvolvimento e na ciência cognitiva, a Teoria do Apego, também chamada de Teoria da Vinculação, desenvolvida por Edward John Bowlby (1907-1990) e Mary Ainsworth (1913-1999), discute a importância da formação e da manutenção de vínculos afetivos para o desenvolvimento do indivíduo (BOWLBY, 1951; AINSWORTH, 1978; ABREU, 2005). Apesar de Bowlby ser psicanalista, tal teoria foi criticada pela psicanálise, por ser simplista e desconectada da teoria freudiana original (BOWLBY, 1977). De uma maneira geral, a teoria destaca o papel dos vínculos estabelecidos

com os primeiros cuidadores para o desenvolvimento do indivíduo (BOLWBY, 1989). Para tanto, fundamenta-se na concepção de que existe um sistema comportamental, denominado de “apego”, o qual é responsável pela regulação dos comportamentos de busca por proximidade, manutenção de contato da criança e fornecimento de segurança física e psicológica (BRETHERTON, 1992, ABREU, 2005).

A forma pela qual essas reações são estabelecidas possibilita o desenvolvimento de modelos de apego, que se constituem como padrões que irão guiar as percepções individuais, emoções, pensamentos e expectativas em relacionamentos posteriores (BARÓN; ZAPIAIN; APODACA, 2002; MESMAN; IJZENDOORN; SAGI-SCHWARTZ, 2016), contribuindo para a formação da personalidade adulta (ABREU, 2005; BOWLBY, 1989). O modelo de apego que um indivíduo desenvolve durante a primeira infância, além de ser influenciado pelos modos de tratamento dos cuidadores primários (pais ou pessoas substitutas), também é influenciado por fatores temperamentais e genéticos (BOWLBY, 1990). Três modelos gerais de apego são apresentados: a) apego seguro, marcado por uma vinculação tranquila na infância com a principal figura de apego; b) o inseguro-evitativo, em que há uma ameaça constante no acesso à figura de apego; e c) o inseguro-ambivalente, caracterizado pela deficiência de continuidade da figura de apego (ABREU, 2005).

Em suma, a teoria do apego tem o objetivo principal de entender as possíveis influências adversas no desenvolvimento da personalidade, sobretudo em situações em que há escassez de cuidados primários (AINSWORTH; BOWLBY, 1991; BOWLBY, 2005). Diversas aplicações da teoria podem ser encontradas no campo da psicopatologia (ABREU, 2005; COUTO; TAVARES, 2016; SCHNEIDER; RAMIRES, 2007), no estudo das relações afetivas (MESMAN; IJZENDOORN; SAGI-SCHWARTZ, 2016; VERISSIMO *et al.*, 2011) e no desempenho da parentalidade (SCHMIDT; ARGIMON; 2015; GOMES; BOSA, 2010).

No estudo do comportamento antissocial, a Teoria do Apego contribui para a compreensão de aspectos específicos relacionados ao desenvolvimento e à manutenção do comportamento antissocial infantil (DEKLYEN; SPELTZ, 2001; WELLAUSEN; BANDEIRA, 2010). Discute-se, por exemplo, que manifestações de comportamentos antissociais infantis (ex. birras, desobediência) se configurariam como estratégias voltadas para ganhar atenção ou proximidade do adulto cuidador e que relações pais-filhos, caracterizadas por agressividade, dariam lugar ao desenvolvimento de interações cognitivo-afetivos fundamentadas na raiva, ansiedade e incerteza (DEKLYEN; SPELTZ, 2001). Portanto, com base na teoria, os vínculos afetivos são importantes para o desenvolvimento infantil, assim uma intervenção para mães se

configura como uma das possibilidades para a promoção da qualidade de vinculação nas relações primárias e para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nas crianças (HENRIQUES, 2014; MORGADO; DIAS; PAIXÃO, 2013).

2.2.4 Modelo da Aprendizagem da Interação Social

O Modelo da Aprendizagem da Interação Social, também conhecido como Modelo da Coerção, foi proposto por Gerald Patterson (1926-2016) e seus colaboradores e sistematizado na década de 1990 (PATTERSON; REID; DISHION, 2002). Em suma, parte-se do pressuposto de que o comportamento antissocial é aprendido no meio familiar, a partir de relações coercitivas, e segue uma progressão que se inicia na infância e se prolonga até a idade adulta (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PATTERSON; REID; DISHION, 2002). Embora se destaque o papel da família, esta perspectiva não ignora a importância de fatores contextuais, tais como aspectos culturais, lugar de moradia, condições socioeconômicas, estresse ou características de personalidade dos pais (PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

O termo coercitivo se refere ao uso de um estímulo aversivo por um membro de uma diáde (ex. mãe e filho) que é contingente ao comportamento de outra pessoa (PATTERSON; REID; DISHION, 2002). Nessa perspectiva, as contingências fornecidas pelo ambiente social (fuga ou reforçamento positivo) mantêm esses comportamentos coercitivos e são centrais no entendimento de como as famílias e os outros ambientes de socialização (escola, pares) treinam as crianças em seus comportamentos antissociais. Por exemplo, a mãe se opõe a comprar um determinado doce em um supermercado e o filho começa a chorar, gritar (aversivo). A mãe, a fim de eliminar o comportamento aversivo (fuga), dá o doce ao filho (reforço positivo). Estas relações coercitivas, quando não rompidas, podem se ampliar para diferentes situações, prejudicar a qualidade das relações e favorecer o desenvolvimento de comportamentos antissociais (PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

Na versão original do modelo da coerção, o desenvolvimento do comportamento antissocial é organizado em quatro etapas, em que se apresentam diversos fatores que contribuem para a origem e a manutenção do comportamento antissocial em diferentes momentos do desenvolvimento (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989). Entre os principais elementos envolvidos, estão: treino coercitivo parental, rejeição social por pares, fracasso escolar e associação com pares desviantes (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PATTERSON; REID; DISHION, 2002).

Na primeira etapa, ocorre o que se denomina de “treinamento básico”, em que os pais, diante dos comportamentos coercitivos (ex. chorar, gritar, bater etc.) emitidos pela criança (0 a 6 anos), fazem uso de práticas parentais ineficazes, que reforçam tais comportamentos e contribuem para o desenvolvimento de comportamentos antissociais (KIM *et al.* 2014; PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989). Nesse contexto, ao estarem focalizados nos comportamentos inadequados, os pais acabam não priorizando os comportamentos pró-sociais dos filhos, o que leva à extinção e à ausência de treino destas competências (PATTERSON, 2002). Em um segundo momento, a mesma criança em idade escolar (7-12 anos), por não estar dotada de habilidades sociais, torna-se susceptível à rejeição social e ao fracasso escolar (GRANIC; PATTERSON, 2006; PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY 1989). Nesta etapa, em geral, as crianças apresentam dificuldade em participar de grupos (LANSFORD *et al.*, 2014), como também se observa descompromisso com as atividades escolares e envolvimento em confusão na escola (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989). Em um terceiro momento, situado na adolescência, o indivíduo que em sua trajetória foi alvo de rejeição social e fracasso escolar, começa a selecionar grupos de pares que reforcem seus comportamentos “antissociais” (como por exemplo, gazar aula, mentir, envolver-se em confusões), portanto, é provável que comece a se relacionar com grupos desviantes (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989). O resultado desse processo culmina na quarta etapa do modelo, em que se dá a cronificação dos comportamentos antissociais, em que o adulto que segue essa “escalada comportamental”, sem intervenção, tem alta probabilidade de se envolver em infrações mais graves (ex. roubo, furto, etc.) e ter problemas com a justiça (PATTERSON; DISHION; YOERGER, 2000; PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989).

Em 2006, o modelo foi reformulado pelo estudo da abordagem dos “sistemas dinâmicos”, a qual apresenta um conjunto de princípios fundamentados no campo das ciências exatas (multiestabilidade, *feedback*, atratores, causalidade circular), buscando explicar a probabilidade de ocorrer ou não mudanças comportamentais ao longo do desenvolvimento (GRANIC; PATTERSON, 2006; GRANIC, HOLLENSTEIN, 2003). A partir dessa abordagem, foi discutido o papel das escalas temporais micro (momento a momento) e macrosociais (perspectiva desenvolvimentista) para o desenvolvimento do comportamento antissocial. Além disso, também foram explicadas as relações entre fatores contextuais, fatores biológicos, comportamentos parentais e infantis envolvidos nos padrões de interação que geram problemas de comportamento. A integração do Modelo da Coerção à abordagem dos sistemas dinâmicos

possibilitou o seu aprofundamento teórico e uma visão integradora das variáveis propostas (GRANIC; PATTERSON, 2006).

De uma maneira geral, ao longo do processo de desenvolvimento da teoria, duas questões básicas buscam ser respondidas: (1) como se desenvolve o comportamento antissocial em crianças e adolescentes? (2) como esse tipo de comportamento pode ser efetivamente tratado? (DISHION, 2017). Assim, o modelo, apesar de complexo, é base para a intervenção em crianças e adolescentes antissociais (GOMIDE *et al.*, 2017) e para fundamentação de importantes programas de prevenção parental, como é o caso do *Oregon Model of Parent Management Training* (FORGATCH; RAINS; SIGMARSÓTTIR, 2015).

No contexto da infância estudos empíricos com base no modelo apontam a influência das interações coercitivas no desenvolvimento do comportamento antissocial (SMITH *et al.*, 2014; PRICE; CHIAPA; WALSH, 2013). Um estudo realizado por Price, Chiapa e Walsh (2013), em que se avaliou como características dos contextos familiares predizem problemas de comportamento externalizantes em crianças do ensino fundamental (n=177), observou que o abuso físico, além de ser um dos mais fortes preditores de problemas externalizantes, também favorecia a presença de interações sociais negativas. Em estudo longitudinal que acompanhou crianças (n = 401, 43% meninas) do jardim de infância até a idade de 18 anos, apontou que a dinâmica familiar agressiva durante a infância e a adolescência influenciaram na perpetração da violência e da vitimização do namoro no final da adolescência (MAKIN-BYRD *et al.*, 2013).

No desenvolvimento de um programa de intervenção focado na redução de comportamentos antissociais em crianças, esta perspectiva teórica será de grande utilidade, uma vez que, além de trazer bons resultados em distintos programas interventivos (ex. *Parent Management Training Oregon- PMTO*), também destaca o papel da promoção da interação social positiva (ex. contexto familiar, escolar) desde idades precoces e com base em uma perspectiva desenvolvimentista (PATTERSON; FORGATCH; DEGARMO, 2010; PATTERSON; DEBAYSHE, RAMSEY, 2017). Nesse sentido, ao se propor uma intervenção em comportamento antissocial focada em variáveis familiares (nesse caso, maternas), pressupõe-se que o comportamento antissocial emitido pelas crianças é influenciado e aprendido nas interações sociais, com mães, pais ou outros cuidadores primários.

2.2.5 Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner

Proposto por Urie Bronfenbrenner (1917-2015), em 1977, a Teoria Bioecológica é considerada um marco na esfera dos estudos em desenvolvimento humano (COLLODEL-

BENETTI, 2013), uma vez que com seu conceito de “bioecologia do desenvolvimento humano”, todas as instâncias – do indivíduo às estruturas políticas – são analisadas como parte integrante da vida do indivíduo (BRONFENBRENNER, 2011). Nessa teoria, a partir de uma perspectiva sistêmica, o desenvolvimento humano é compreendido como um processo que abrange estabilidades e variações nas características biopsicológicas dos indivíduos durante sua vida e através de gerações (BRONFENBRENNER, 2005; BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006).

Para a sua compreensão, é proposto o Modelo PPCT, composto por quatro dimensões: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (BRONFENBRENNER, 2005; BRONFENBRENNER, 2011). Nessa discussão, o “processo”, principal elemento responsável pelo desenvolvimento, estaria relacionado com as interações recíprocas que ocorrem entre o sujeito e as pessoas, os objetos e os símbolos presentes no seu ambiente (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). A “pessoa” contemplaria, além dos fatores biológicos e genéticos do desenvolvimento, atributos individuais, denominados de recursos (elementos cognitivos, emocionais, sociais e materiais que influenciam a capacidade de o indivíduo em se envolver em processos proximais ativos), demandas (disposições comportamentais que movem os processos e os mantém, como curiosidade) e disposição/força (relacionadas às diferenças de temperamento, motivação, persistência, etc., que envolvem a capacidade de engajar-se e persistir em atividades).

O “contexto” envolve qualquer evento ou condição externa que influencia ou que é influenciado pela pessoa em desenvolvimento, sendo organizado em quatro subsistemas: 1) Microsistema: ambientes nos quais os papéis, as atividades e as interações face a face acontecem, como a escola, a família e o local de trabalho; 2) Mesossistema: nível em que se contempla a interação entre dois ou mais microsistemas, onde a pessoa em desenvolvimento está inserido, como a escola e família; 3) Exossistema: consiste na ligação entre dois ou mais contextos, em que embora o indivíduo em desenvolvimento não se encontre nele inserido, é influenciado indiretamente por ele, como o local de trabalho da mãe de uma criança; e 4) Macrossistema: nível mais amplo que contempla padrões sociais, culturas, crenças, valores, costumes dominantes na sociedade; e estruturas sociais, políticas e econômicas que afetam os comportamentos dos indivíduos (BRONFENBRENNER, 2011). Tais sistemas ligados ao contexto influenciam e são influenciados pela pessoa em desenvolvimento, o que transforma o desenvolvimento em produto e ao mesmo tempo produtor do processo (BRONFENBRENNER, 2005). O “tempo”, também conhecido como cronossistema, seria a dimensão que possibilitaria captar as mudanças do meio e as transições que ocorrem ao longo da vida, as quais produzem

condições que afetam o desenvolvimento das pessoas, como mudanças na composição familiar, no lugar de moradia, no emprego dos pais, bem como eventos mais amplos, tais como guerra, contextos políticos, ciclos econômicos, entre outros (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000).

Trata-se de uma teoria bastante utilizada e que reformula a concepção de desenvolvimento vigente, à medida que dá contexto ao desenvolvimento e destaca o papel da interação dinâmica e discute, os sistemas que influenciam o bem-estar biopsicossocial da pessoa em desenvolvimento (TUDGE *et al.*, 2016). Entre as pesquisas, destacam-se os estudos na área da família em situação de risco (CECCONELLO, KOLLER 2003; ANTONI, KOLLER, 2017), da educação inclusiva (SILVA, VIEIRA, SCHNEIDER, 2016) e do esporte (OLIVEIRA, E. *et al.*, 2017; ROTHER; MEJIA, 2015).

No âmbito da compreensão do comportamento antissocial, alguns estudos discutem, por exemplo, a relevância da teoria na compreensão das habilidades sociais (LEME *et al.*, 2016), do bullying (SCHULTZ *et al.*, 2012) e das motivações do comportamento infrator (NIQUICE; POLETTO; KOLLER, 2017). Assinala-se, por exemplo, a influência que o ambiente social mais amplo tem sobre os pais e a forma que estes agem com seus filhos (DESSEN; PEREIRA-SILVA, 2004), assim como a importância de se considerar as manifestações de violência como um fenômeno relacional que sofre influência de vários sistemas (ANTONI, KOLLER, 2010). Desse modo, com base nesta perspectiva, dentro da proposta de intervenção em comportamento antissocial infantil voltada para mães apresentada nesta tese, assume-se o pressuposto de que a família, aqui representada por apenas um dos membros (a mãe), é um dos contextos (não o único) de influência sobre a criança, assim como é também ela própria influenciada por outros sistemas.

3 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTUDO DO COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL NA INFÂNCIA

Como se pode observar, diferentes perspectivas são adotadas no estudo do comportamento antissocial infantil. Tais perspectivas teóricas fornecem a estrutura conceitual para o entendimento do comportamento antissocial infantil, mas não apontam empiricamente quais características que contribuem para esse tipo de manifestação (BORSA; BANDEIRA, 2014). Desse modo, para o conhecimento acerca do comportamento antissocial infantil, torna-se necessário conhecer as variáveis relacionadas e avaliá-las em conjunto com as perspectivas teóricas sobre o fenômeno.

Variáveis biológicas, individuais, demográficas, psicológicas, familiares, escolares, comunitárias e culturais interagem e são comumente consideradas na compreensão do comportamento antissocial infantil (HENRIQUES, 2014; PUZZO *et al.*, 2016; OZER *et al.*, 2017; SONG *et al.*, 2016). Estudos no campo da neuropsicologia relatam que algumas áreas cerebrais, como o córtex pré-frontal, e o eixo hipotálamo-hipófise adrenal são geralmente comprometidos em crianças e adolescentes com problemas de comportamento (CORNET, 2014; PUZZO *et al.*, 2016). Discute-se, por exemplo, a relação entre baixas pontuações em inteligência (PINSONNEAULT *et al.*, 2015; SÉGUIN; PINSONNEAULT; PARENT, 2015) e a presença de déficits em funções executivas em crianças com comportamento antissocial, sobretudo quando observadas as falhas na inibição do controle de impulso, na avaliação das consequências e na regulação das emoções (BORGES *et al.*, 2008).

De um ponto vista neurobiológico, pesquisas indicam a importância da frequência cardíaca (RAINE *et al.*, 2014; SCHOORL *et al.*, 2017) e dos níveis de cortisol (CORNET, 2014; PORTNOY; FARRINGTON, 2015). A maioria dos estudos que envolvem essas variáveis, apontam que crianças com baixa frequência cardíaca em repouso, em geral, se beneficiam menos de intervenções psicoterapêuticas voltadas para redução de comportamento antissocial (SCHOORL *et al.*, 2017; STADLER *et al.*, 2009) e são mais propensas a apresentar agressividade na infância (RAINE *et al.*, 2014). Paralelo a isso, também se observa que aquelas que possuem baixa reatividade do cortisol ao estresse são mais persistentes no comportamento agressivo e, portanto, mais resistentes à intervenção (SCHOORL *et al.*, 2017). Ademais, verifica-se que a resposta do cortisol ao estresse é afetada positivamente pelas intervenções, mediando um maior declínio nos níveis de comportamento antissocial (DORN *et al.*, 2011; O'NEAL, 2010).

Para além dessas variáveis, indica-se a influência de elementos demográficos, individuais, sociais (família, escola e comunidade) e culturais (HENRIQUES, 2014; OZER *et al.*, 2017). Embora não haja consenso, em geral, crianças do sexo masculino e pré-escolares tendem a apresentar pontuações mais altas em comportamento antissocial (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2015; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2016). Nesse contexto, discute-se que as crianças pré-escolares são mais antissociais porque ainda não desenvolveram mecanismos de autorregulação/socialização (LEÓN *et al.*, 2013); em crianças escolares, por sua vez, a manifestação do comportamento antissocial torna-se mais evidente, uma vez que a percepção dos responsáveis torna-se mais acurada, à medida em que os prejuízos do comportamento se expandem para outros contextos, como no desempenho acadêmico e na relação entre pares (BERNADO; SILVA; SANTOS, 2017; CARNEIRO; COUTINHO, 2015).

Ademais, quando os sintomas aparecem na infância, é possível que suas características se prologuem para a adolescência e se agravem para um transtorno (JUNG, 2018; WERTZ, 2018). Em um estudo que acompanhou crianças nascidas nos anos de 1994 e 1995, observou-se que graves problemas de conduta na infância tendem a estar relacionados com problemas com a justiça e drogas na adolescência, possivelmente devido a influência de problemas da vida adulta e fatores de risco originados desde a infância (WERTZ, 2018).

Um conjunto de características da criança relacionadas à impulsividade, à autoestima, ao temperamento e à propensão à agressividade também contribuem para inibir ou potencializar a manifestação do comportamento antissocial em crianças (EINSENBERG, 2009; PORTNOY *et al.*, 2014; SONG *et al.*, 2016). Um estudo que acompanhou 214 crianças ao longo de quatro anos, verificou que problemas externalizantes foram associados a alta impulsividade e emocionalidade negativa, especialmente, raiva e agressividade (EINSENBERG, 2009). Observou-se ainda que os problemas de externalização na infância são mais prováveis de serem graves e persistentes quando combinados com padrões comportamentais marcados por insensibilidade emocional e baixa inibição, o que comumente tem sido chamado de temperamento difícil, conforme discutido no tópico 2.2.1 (SONG *et al.*, 2016). Em relação à autoestima e às diferenças de gênero, por exemplo, uma pesquisa apontou que a autoestima elevada estava mais fortemente relacionada à agressão nos meninos do que nas meninas (DIAMANTOPOULOU; RYDELL; HENRICSSON, 2008).

No contexto escolar, características relacionadas ao baixo desempenho acadêmico, histórico de reprovações, baixa motivação com a escola, fraca vinculação com a escola, colegas e professores, poucas metas acadêmicas e instituições escolares pouco organizadas, também

são apresentadas como fatores de risco no desenvolvimento do comportamento antissocial (PAYNE; WELCH, 2015; MÜLLER *et al.*, 2016; WENTZEL; RAMANI, 2016). Em estudo que avaliou 584 crianças durante os primeiros anos escolares, observou-se que, ao longo de quatro anos, níveis altos de problemas de externalização foram relacionados ao baixo desempenho acadêmico, devido ao aumento do comportamento de evitação de tarefas (METSÄPELTO *et al.*, 2015). Em outro estudo longitudinal, que observou a relação de 819 crianças de 4 anos de idade com seus professores, verificou-se que quanto maior era a proximidade entre professor-aluno (grupos menores) maior era a redução dos níveis de problemas de comportamento (SKALICKÁ *et al.*, 2015). Estudos específicos também destacam o papel que as vivências em situações de *bullying* e da suspensão escolar exercem na manutenção do comportamento antissocial (BENDER; LÖSEL, 2011; HEMPHILL, *et al.*, 2006; TTOFI *et al.*, 2016).

No âmbito comunitário, argumenta-se acerca da função que a ausência de suporte social, a presença de vínculos frágeis e a violência na comunidade exerce no comportamento antissocial infantil (DODGE, 2009; ELLIOTT; DUPÈRÈ; LEVENTHAL, 2014; OZER *et al.*, 2017). Em um estudo realizado com 640 crianças que viviam em contexto de guerra na Palestina, os resultados apontaram que a exposição à violência militar severa estava associada com maiores níveis de comportamento agressivo em crianças (QOUTA, 2008).

No que diz respeito à função da cultura na transmissão de comportamento antissocial (GRAHAM *et al.*, 2016; SALALI; JUDA; HENRICH, 2014), estudos indicam que as diferenças culturais envolvidas na forma de socialização das crianças interferem diretamente no comportamento infantil (DAYTON; MALONE, 2017; GREENFIELD; COCKING, 2014). Demonstrou-se, por exemplo, que crianças provenientes de sociedades que enfatizam a cooperação tendem a agir de forma menos agressiva e mais pró-social, quando comparadas com crianças de países onde a independência e a competitividade são valorizadas (DAYTON; MALONE, 2017; HEWLETT, 2017).

No contexto familiar, alguns fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da violência também são mencionados (LABELLA; MASTEN, 2018). Em geral, baixo *status* econômico, presença de psicopatologia (ex. depressão materna), histórico de condutas antissociais na família, conflitos conjugais e consumo de drogas (ex. álcool e cigarro) durante a gestação são comumente apontados como fatores de risco para desenvolvimento do comportamento antissocial em crianças (PARDINI; FRICK, 2013). Também se observa uma maior prevalência de comportamento antissocial em famílias monoparentais, numerosas, com

mudanças frequentes dos cuidadores da criança, submetidas a estressores ambientais (como desemprego e divórcio), com conflitos em relação aos estilos de criação e com práticas de socialização inadequadas, marcadas por negligência, abuso físico/ sexual, falha na supervisão parental e baixa qualidade da vinculação (HENRIQUES, 2014).

Nesse contexto, merecem destaque as intervenções fundamentadas em treinamento parental, as quais reduzem significativamente os níveis dos comportamentos antissociais na infância (DISHION *et al.*, 2014; PIQUERO *et al.*, 2016). Sem desmerecer a relevância das variáveis anteriormente apresentadas e levando em consideração os objetivos desse estudo, a seguir, serão apresentadas variáveis que comumente se destacam no âmbito da intervenção com pais e que serão utilizadas como alvo de mudança no treinamento parental proposto mais adiante.

3.1 Estilos Parentais

Diferentes perspectivas teóricas contribuem para a compreensão dos estilos parentais (BAUMRIND, 1966; MACCOBY; MARTIN, 1983; DARLING; STEINBERG, 1993; GOMIDE, 2003). Alguns autores, por exemplo, apresentam as dimensões do estilo parental que possibilitam um relacionamento saudável com seus filhos (BAUMRIND, 1966; MACCOBY; MARTIN, 1983; DARLING; STEINBERG, 1993), já outros discutem os estilos que potencializam ou favorecem a manifestação do comportamento antissocial (GOMIDE, 2003). Em suma, pode-se dizer que não há um consenso na operacionalização do construto.

A primeira classificação acerca dos estilos parentais foi proposta por Baumrind (1993) e contemplou três estilos: autoritário, democrático e permissivo. Posteriormente, MacCoby e Martin (1983) reorganizaram essa proposta, a partir de duas dimensões: 1) exigência, referindo-se ao nível de supervisão e controle da disciplina pelos pais; 2) responsividade, relacionada ao nível de suporte emocional e incentivo à autonomia que os pais fornecem aos filhos (MACCOBY; MARTIN, 1983). Com base nessas dimensões, resultaram quatro tipos de estilos parentais: 1) autoritário (altos níveis de controle e baixos níveis de responsividade): refere-se aos pais que valorizam o controle e a disciplina, porém investem pouco na relação afetiva com a criança; 2) autoritativo (altos níveis de controle e responsividade): considerado o estilo parental “ideal”, representa uma parentalidade que prioriza não só à obediência, como também à autonomia e que consegue, na medida certa, dosear afeto e autoridade ; 3) indulgente (baixos níveis de controle e altos níveis de responsividade): abrange pais que, embora afetuosos, evitam qualquer controle e exercício da autoridade diante dos filhos, permitindo que a criança regule

o seu próprio comportamento; e 4) negligente (baixos níveis de exigência e baixa responsividade): contempla pais que se orientam pela evitação de conflito com o filho e não dão suporte emocional/afetivo à criança (MACCOBY; MARTIN, 1983). Vale ressaltar que na proposta de Maccoby & Martin (1983), o estilo permissivo de Baumrind (1967) se subdividiu em indulgente e negligente com o propósito de distingui-los em termos de envolvimento parental.

Acerca dessas dimensões e tipos de estilos, Darling e Steinberg (1993) complementam que os estilos parentais são influenciados pelos sistemas de crenças e valores, e, portanto, a compreensão dessa variável ultrapassaria a combinação entre exigência e responsividade. Nesse contexto, os estilos parentais e práticas parentais são diferenciados; enquanto os estilos parentais abrangem o contexto emocional (crenças, valores, atitudes) em que os pais educam os seus filhos, as práticas parentais agregam os comportamentos específicos envolvidos na relação, como bater na criança ou supervisionar as atividades dos filhos (DARLING; STEINBERG, 1993).

Paralelo a essas concepções teóricas, no Brasil, Gomide (2011) propõe um outro modelo teórico em que os estilos parentais são definidos como um conjunto de práticas educativas parentais (ou atitudes parentais) utilizadas pelos responsáveis com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos (GOMIDE, 2011). Tal modelo, que será utilizado nesse estudo, é composto por um conjunto de sete práticas educativas, sendo duas práticas educativas positivas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e cinco práticas educativas negativas relacionadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial (GOMIDE, 2003, 2011).

As duas práticas educativas positivas são: 1) Monitoria Positiva, que envolve o uso adequado da atenção e distribuição de privilégios, o estabelecimento de regras coerentes, a distribuição contínua e segura do afeto, o acompanhamento e a supervisão das atividades escolares e de lazer; 2) Comportamento Moral, que implica promover condições favoráveis ao desenvolvimento das virtudes, tais como empatia, senso de justiça, responsabilidade, trabalho, generosidade e conhecimento do certo e do errado quanto ao uso de drogas e sexo seguro (GOMIDE, 2003, 2011)

Já as cinco práticas educativas negativas envolvem: 1) Negligência, que se refere à ausência de atenção e afeto; 2) Abuso Físico e Psicológico, caracterizado pela disciplina por meio de práticas corporais negativas, ameaça e chantagem de abandono e de humilhação do filho; 3) Disciplina Relaxada, que compreende o relaxamento das regras estabelecidas; 4)

Punição Inconsistente, em que os pais se orientam por seu humor na hora de punir ou reforçar e não pelo ato praticado; 5) Monitoria Negativa, a qual se refere ao excesso de instruções independente do seu cumprimento e, conseqüentemente, pela geração de um ambiente de convivência hostil (GOMIDE, 2011; SAMPAIO; GOMIDE, 2017). A partir disso, denomina-se o estilo parental como positivo, quando as práticas educativas positivas são prevalentes às negativas, e estilo parental negativo, quando ocorre o inverso (GOMIDE, 2011).

Os estilos parentais se apresentam como um construto bastante utilizado para a compreensão de diferentes fenômenos em distintas amostras (TONDOWSKI *et al.*, 2015; PINTO; CARVALHO; SÁ, 2014). Alguns estudos, por exemplo, discutem o papel dessa variável como fator de proteção no consumo de drogas entre adolescentes (TONDOWSKI *et al.*, 2015), no desenvolvimento das funções executivas (MARTINS; LEÓN; SEABRA, 2016), da empatia (JUSTO; CARVALHO; KRISTENSEN, 2014) e da regulação emocional de crianças (PINTO; CARVALHO; SÁ, 2014).

Diversos estudos relacionam a forma de educar os filhos com o comportamento antissocial infantil (BORTOLINI; ANDRETTA, 2017; PACHECO; HUTZ, 2009; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013). Discute-se, por exemplo, que os estilos ou práticas parentais tidas como ineficazes, caracterizadas por disciplina severa e inconsistente, pouco envolvimento positivo dos pais com a criança, baixo monitoramento e falha na supervisão das atividades potencializam o desenvolvimento do comportamento antissocial infantil (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PACHECO *et al.*, 2005).

Um estudo que avaliou a saúde mental infantil de 321 crianças do primeiro ciclo do ensino fundamental e os estilos parentais dos responsáveis, observou correlações positivas entre saúde mental infantil e os estilos parentais positivos, sugerindo que em famílias que adotam regras e responsabilidades que são compartilhadas por todos, as crianças se comportam mais de forma pró-social, configurando-se como um possível fator de proteção à saúde mental infantil (CID; MATSUKURA; CIA, 2015). Outro estudo que comparou 40 crianças com e sem indicadores diagnósticos de problemas de comportamento, apontou que, em crianças do grupo clínico (n=20), havia maiores taxas em queixas de problemas de comportamento e suas mães apresentaram mais sintomas de ansiedade, depressão e práticas negativas, enquanto as crianças não-clínicas (n=20) apresentaram mais habilidades sociais, assim como suas respectivas mães (ASSIS, 2017).

Assim, se por um lado, os resultados dos estudos sugerem que estilos e práticas parentais negativas favorecem a manutenção do comportamento antissocial infantil (PATTERSON;

DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PACHECO *et al.*, 2005; MONDIN, 2017; BORTOLINI; ANDRETTA; 2017). Por outro lado, argumenta-se que treinamentos parentais, com ênfase no desenvolvimento de estilos e práticas parentais positivas, são fundamentais para a intervenção nesse tipo de comportamento (CALEIRO; SILVA, 2012; PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019).

3.2 Senso de Competência Parental

Diferentes pesquisas reconhecem que as cognições parentais desempenham um papel importante na interação pai-criança (JOHNSTON; PARK; MILLER, 2018; FERREIRA *et al.*, 2014). Um exemplo dessas cognições é o que se chama de senso de competência parental (FERREIRA *et al.*, 2014; JOHNSTON; MASH, 1989; OLIVEIRA, T. *et al.*, 2017). De um modo geral, esta variável pode ser definida como as expectativas e as crenças que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental de forma competente e eficaz, englobando características como percepção de autoeficácia e satisfação parental (JOHNSTON; MASH, 1989; JONES; PRINZ, 2005; OHAN; LEUNG; JOHNSTON, 2000). Embora correlacionadas, pode-se dizer que a autoeficácia refere-se à autoavaliação do pai acerca de suas habilidades, competências e dificuldades, ao passo que a satisfação diz respeito ao grau do afeto associado à parentalidade (JOHNSTON; MASH, 1989).

O senso de competência parental sofre influência de variáveis contextuais (ex. intensidade do comportamento da criança, temperamento da criança) e de elementos individuais (ex. crenças, valores e temperamento/personalidade do cuidador) que permitem que, mesmo em circunstâncias semelhantes, ocorra uma ampla variação nas manifestações dessa competência (PARDO *et al.*, 2018). Neste mesmo sentido, Grady e Karraker (2016) observaram que o temperamento negativo da mãe e da criança podem ser preditores da avaliação negativa do senso de competência parental.

Estudos associam o senso de competência parental com diferentes variáveis parentais, como as práticas ou estilos (GELKOPF; JABOTARO, 2013), o estresse (BERRYHILL, 2016; PADILLA; LARA; ÁLVAREZ-DARDET, 2010) e o bem-estar parental (NELSON, KUSHLEV, LYUBORMIRSKY, 2014). O estudo desenvolvido por Berryhill (2016), por exemplo, feito com 74 pais que, no momento da avaliação, trabalhavam e cuidavam de pelo menos uma criança em idade escolar, indicou que uma auto-avaliação positiva do papel que a pessoa desempenhava no cuidado de seus filhos tendia a atenuar o surgimento de estresse parental.

Além disso, também se discute que, quando os pais se sentem seguros no desempenho de sua função parental, torna-se mais possível o uso de estilos e práticas parentais positivas e, por conseguinte, é favorecido o processo de desenvolvimento positivo dos filhos (BELEAN; NĂSTASĂ, 2017; BORNSTEIN; PUTNICK; SUWALSKY, 2018). No Brasil, os estudos acerca dessa variável ainda se apresentam incipientes, no entanto, sugere-se que as intervenções que promovam a melhoria dessa cognição parental podem tornar mais positivas as relações pais-filhos e reduzir os níveis de comportamento antissocial infantil (CAMILO; GARRIDO, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA, T. *et al.*, 2017; PARDO *et al.*, 2018).

3.3 Estresse Parental

Diversas situações estressoras presentes no contexto do trabalho e dos relacionamentos interpessoais podem levar ao estresse e, por conseguinte, prejudicar a saúde mental dos envolvidos (BRITO; FARO, 2017). A relação pai-filho/ mãe-filho, por exemplo, é um desses contextos (SKREDEN *et al.*, 2012). A experiência da maternidade/paternidade pode contemplar tanto aspectos positivos (satisfação e recompensas) como negativos (demandas e responsabilidades) e a maneira que esse processo é percebido pode levar ao estresse parental (BERRY; JONES, 1995; THEULE *et al.*, 2013). De um modo geral, o estresse parental se define como uma percepção de uma tensão ou reação psicológica que gera sentimentos negativos em relação ao papel parental e aos filhos (ABIDIN, 1992; VIEIRA; ÁVILA; MATOS, 2012).

Em níveis elevados, o estresse parental pode prejudicar a qualidade de vida dos pais e o desenvolvimento infantil (BRITO; FARO, 2017; HAYES; WATSON, 2013; THEULE *et al.*, 2013). Estudos apontam uma maior incidência de estresse parental em algumas situações específicas, como é caso de pais e mães que cuidam de crianças com paralisia infantil (CUNHA *et al.*, 2017; RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013), deficiência intelectual (SANTOS, *et al.*, 2016) e síndrome de Down (MINETTO *et al.*, 2012). Sobre isso, argumenta-se que a presença de um diagnóstico pode desencadear nos pais, um conjunto de incertezas e inseguranças quanto à vida e ao prognóstico deste filho e, por isso, os cuidadores se tornam mais vulneráveis ao estresse (RIBEIRO; PORTO; VANDENBERGHE, 2013).

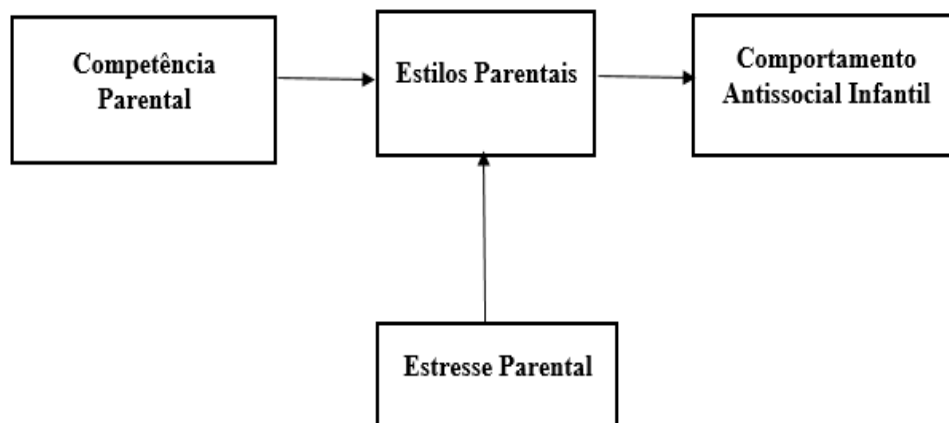
Para além desses contextos, a literatura também indica que a presença de cognições parentais disfuncionais acaba por também afetar aspectos emocionais dos pais (estresse, raiva) e favorecer o uso de práticas de socialização ineficazes (BARGAS; LIPP, 2013; STASIAK; WEBER, TUCUNDUVA, 2014). Assim, o estresse parental também se configura como um

fator de risco para a parentalidade disfuncional (ABIDIN, 1992; BRITO; FARO, 2016). Estudos indicam que pais estressados utilizam com maior frequência práticas educativas negativas, como abuso físico, negligência e punição inconsistente, podendo, por meio dessas práticas, se constituir como uma fonte de estresse para a própria criança e favorecer a manifestação do comportamento antissocial infantil (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2016; PARK; WALTON-MOSS, 2012; RODRIGUEZ- JENKINS; MARCENKO, 2014).

Estudo desenvolvido por Stasiak, Weber e Tucunduva (2014) com 39 mães e seus respectivos filhos apontou que a irritabilidade e o sofrimento parental diante de seus papéis contribuem junto com a carência de habilidades sociais dos filhos para a redução da qualidade da relação parental. Assim, como forma de prevenir e reduzir as consequências, sinaliza-se a importância de estratégias interventivas baseadas em suporte social (BAZON *et al.*, 2010; THEULE *et al.*, 2013) e regulação emocional dos cuidadores (PINTO; CARVALHO; SÁ, 2014).

Tendo em conta a relação entre as variáveis parentais apresentadas (Figura 1), diversos programas de treinamento parental foram desenvolvidos com o objetivo de prevenir e reduzir o comportamento antissocial infantil (BATISTA; WEBER, 2014; BOCHI; FRIEDRICH, 2016; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019). Desse modo, tendo em vista os objetivos iniciais, a seguir serão discutidos aspectos conceituais ligados ao treinamento parental, bem como alguns programas serão apresentados.

Figura 1- Relação entre as variáveis



Fonte: Elaborado pela autora

4 PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARENTAL EM COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL INFANTIL

Diversos fatores são mencionados como relevantes na redução do comportamento antissocial infantil (BATISTA; WEBER, 2014; RIOS; WILLIAMS, 2008). Destacam-se, por exemplo, as variáveis voltadas para o desenvolvimento da competência social da criança (DOMITROVICH *et al.*, 2017) e aquelas voltadas para melhoria das práticas parentais e da competência social de professores (BRADSHAW; WAASDORP; LEAF, 2012). Diante disso, vários programas de intervenção foram desenvolvidos em todo mundo com o intuito de auxiliar cuidadores frente às manifestações comportamentais antissociais infantis (BATISTA; WEBER, 2014; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010; RIOS; WILLIAMS, 2008; LANDIM; BORSA, 2017). Não obstante a diversidade de possibilidades, a literatura tem atribuído destaque ao treinamento parental (CAMINHA; CAMINHA, 2011; WESTPHAL; HABIGZANG, 2016).

O Treinamento Parental (TP) surgiu nos anos 60 e consiste em uma estratégia, utilizada por diferentes abordagens psicológicas (ex.: Análise do comportamento e Terapia Cognitivo-Comportamental), que tem o objetivo de ajudar pais (ou cuidadores) na melhoria de suas habilidades frente aos comportamentos emitidos pelos filhos (PINHEIRO; HAASE, 2011). Inicialmente, o foco estava apenas na redução e modificação dos comportamentos problemáticos e se baseavam apenas em estudos de caso em contexto clínico, mas, atualmente, as pesquisas têm se ampliado e dado ênfase a promoção de comportamentos pró-sociais em seus diferentes âmbitos (CABALLO, 2002).

A proposta é caracterizada pelo treino de um conjunto de habilidades junto com um profissional/terapeuta com experiência clínica na área (PINHEIRO; HAASE, 2011; CABALLO, 2002). Pode ser estruturado em diversos formatos (palestras psicoeducativas ou programas de orientação/ treinamento), diferentes modalidades (grupais ou individuais) e estar fundamentado em diferentes pressupostos, como no modelo de Aprendizagem social (BANDURA, 2014), da Teoria do Apego (BOWLBY, 2015), na Psicologia das habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017) e na Terapia Cognitivo-Comportamental (BECK, 2013).

Estudos apontam que envolvimento dos pais no processo de psicoterapia infantil pode trazer ganhos significativos e pode, por conseguinte, aumentar a eficácia do tratamento (CALEIRO; SILVA, 2012). Desse modo, o treinamento parental tem sido aplicado em diferentes contextos, como no manejo de crianças com síndromes genéticas (MARTIN *et al.*, 2018; MESQUITA *et al.*, 2016), autismo (ABREU *et al.*, 2016), câncer (BENCHAYA *et al.*,

2014), problemas internalizantes (OLIVEIRA; ALVARENGA, 2015; ORTI; BOLSONI, 2017) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (ROCHA; DEL PRETTE, 2017). Embora se reconheça as contribuições do Treinamento Parental nesses vários campos, as pesquisas destacam de uma forma particular sua relevância na prevenção e intervenção em comportamento antissocial infantil (GALLO *et al.*, 2013; SAWRIKAR *et al.*, 2018). Nesse contexto, diferentes variáveis são trabalhadas e distintos programas de intervenção são sugeridos (BATISTA; WEBER, 2014; LANDIM; BORSA, 2017).

Tendo em vista que esta tese tem o objetivo de propor uma intervenção para comportamento antissocial infantil, neste capítulo serão apresentados alguns dos principais programas internacionais e nacionais que trazem contribuições no âmbito do treinamento parental. Destaca-se que, em boa parte dos programas, as intervenções vão além do treinamento parental, portanto este capítulo apresentará informações de caráter mais geral sobre os vários programas e, no fim, os dados referentes ao treinamento parental realizado em cada proposta serão sistematizados a fim de justificar a necessidade de um novo programa em contexto brasileiro.

Em acréscimo, dada a impossibilidade de apresentar todos os programas disponíveis, utilizou-se como critério a inclusão de programas internacionais e nacionais que tenham como foco a redução do comportamento antissocial infantil ou a melhoria de comportamentos pró-sociais. Optou-se por não incluir os programas internacionais com poucas evidências empíricas; e os programas nacionais com poucas informações disponíveis e sem relatos de replicação. Portanto, a seguir, cada programa será apresentado, ressaltando-se as suas características gerais, objetivos, estrutura e estudos de eficácia.

4.1 Programas Internacionais

Os programas internacionais de intervenção em comportamento infantil se destacam por já terem uma proposta delimitada e consolidada e desfrutarem de um número importante de publicações, o que os tornam reconhecidos mundialmente; muitos deles já estão em fase de adaptação para diferentes culturas (BATISTA; WEBER, 2017; BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019). Destacam-se aqui o *Defiant Child* (BARKLEY; BENTON, 2014), o *Parent Management Training - Oregon Model* (FORGATCH; PATTERSON, 2010), o *Incredible Years* (WEBSTER- STRATTON, 2011) e o *Triple P* (MCWILLIAM, TURNER; SANDERS, 2015). Nas revisões, esses programas são comumente

mencionados como programas clássicos (RIOS; WILLIAMS, 2008; LANDIM; BORSA, 2017; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019).

Ademais, também se destaca que as intervenções internacionais são decorrentes de anos de aperfeiçoamento e que, em geral, caracterizam-se por sua complexidade e com ampla difusão na comunidade em que estão inseridas. Em relação aos estudos de avaliação da eficácia dos programas internacionais, é comum encontrar, na maioria dos programas propostos, estudos empíricos que se utilizam de delineamentos robustos, como é o caso dos estudos randomizados controlados (BULLARD *et al.*, 2010; LEIJTEN *et al.*, 2018) e dos estudos longitudinais (ROMERO *et al.*, 2017; SORENSEN; DODGE, 2016). Desse modo, com o propósito de aprofundar tais discussões, a seguir, serão apresentados com mais detalhes alguns desses programas reconhecidos internacionalmente.

4.1.1 Defiant Children

Proposto nos Estados Unidos, em 1987, por Russell Barkley (psicólogo e psiquiatra), o *Defiant Children* é um clássico programa de intervenção, com base comportamental, que tem o objetivo de treinar pais em habilidades de gerenciamento de comportamento infantil nas idades de 2 a 12 anos (BARKLEY, 1987; BARKLEY; BENTON, 2014). A proposta fornece ferramentas para ajudar os pais a entenderem as causas do comportamento opositor, desafiante e hostil dentro de casa ou na escola, além de favorecer a tomada de medidas sistemáticas para redução desses problemas e reforçar a mudança positiva (BARKLEY, 2013; BARKLEY; BENTON, 2014).

O programa adota os princípios da modificação do comportamento e do modelo sistêmico familiar e enfatiza a importância do tempo gasto com a criança, da frequência do reforçamento verbal positivo e do sistema de recompensas por pontos. Em sua versão mais atualizada, é estruturado em dez passos, com temas trabalhados semanalmente e em grupo, a saber: 1) Por que as crianças se comportam mal?; 2) Prestando atenção ao bom comportamento do seu Filho; 3) Aumentando a conformidade e o jogo independente; 4) Quando o elogio não é suficiente: fichas de poker e pontos; 5) *Time-out* e outros métodos disciplinares; 6) Estendendo o *time-out* para outros comportamentos; 7) Antecipando problemas: gerenciando crianças em locais públicos; 8) Melhorando o comportamento escolar de casa: o cartão de relatório de comportamento da escola diária; 9) Lidando com problemas comportamentais futuros e 10) Sessão adicional para reforço de conteúdos e reuniões de acompanhamento (BARKLEY, 2013).

As orientações acerca da intervenção são feitas em um manual, disponível para venda, que detalha cada passo, oferece instruções sobre treinamento de pais e é composto por um conjunto de recursos didáticos, como folhetos para os pais e escalas de avaliação para monitorar as mudanças que ocorrem durante o tratamento (BARKLEY, 2013). Para tanto, faz-se uso de uma metodologia participativa com uso do questionamento socrático e com exemplos de como o facilitador pode conduzir as discussões e os questionamentos dos pais.

Cada procedimento adotado pelo *Defiant Children* é validado por pesquisas empíricas (BARKLEY, 2013) e seus estudos de eficácia indicam seu caráter promissor quando utilizado para pais de crianças com comportamento disruptivos ou com dificuldades atencionais (BARKLEY, 2013; BURKE; LOEBER, 2016; DURIC *et al.*, 2017). Um estudo experimental realizado com 61 pais que responderam sobre sintomas de TDAH e TOD de seus filhos antes e após o programa, observou que, após a intervenção, houve uma redução significativa dos sintomas, sobretudo no contexto doméstico (ÖSTBERG; RYDELL, 2012). Em outro estudo, realizado no Paquistão com 55 crianças de 4 a 12 anos, cujos pais participaram da intervenção, apontou diferenças significativa nas medidas de sintomas de TDAH/TOD e na gravidade das situações-problemas relatadas pelos pais (MALIK *et al.*, 2017).

4.1.2 Parent Management Training - Oregon Model (PMTO)

O *Parent Management Training - Oregon Model (PMTO)*, também chamado de *Generation PMTO*, baseia-se no Modelo da Aprendizagem da Interação Social de Patterson (GRANIC; PATTERSON, 2006; PATTERSON *et al.*, 1992), é um dos principais programas desenvolvidos pelo *Oregon Social Learning Center (OSLC)*, em Eugene, Oregon (EUA), cujo objetivo é promover habilidades sociais nas famílias, contribuindo para prevenção e redução dos problemas de conduta moderados a graves em crianças e jovens (FORGATCH; GEWIRTZ, 2017; SIGMARSDÓTTIR; RAINS; FORGATCH, 2015). Trata-se de uma intervenção voltada para pais de crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade com comportamentos disruptivos, transtorno de conduta, transtorno desafiador de oposição e outros tipos de comportamentos antissociais, o qual pode se apresentar como uma estratégia de prevenção ou tratamento (SIGMARSDÓTTIR; RAINS; FORGATCH, 2015).

O PMTO é oferecido em formato grupal, individual ou “*delivery*” (FORGATCH; PATTERSON, 2010). No formato grupal são necessárias entre 10 e 14 sessões, com encontros de, aproximadamente, duas horas semanais; no formato individual, as sessões semanais duram

60 minutos e ocorrem durante um período de 20 a 40 semanas; e, na versão “*delivery*”, são feitas intervenções via telefone / vídeoconferências, livros, fitas de áudio e gravações de vídeo (FORGATCH; PATTERSON, 2010). A estrutura das sessões e as estratégias utilizadas variam conforme formato e demanda (WACHLAROWICZ *et al.*, 2012). Os objetivos principais são: (1) capacitar os pais para identificar e registrar os problemas de comportamento apresentados pelos filhos em casa; (2) desenvolver o uso de técnicas de reforçamento; (3) estimular o uso de técnicas de disciplina adequadas (como, por exemplo, *time-out*, remoção de privilégios e consequências); (4) desenvolver monitoramento e supervisão adequada em relação aos filhos; (5) aplicar estratégias de solução de problemas, negociação e uso de contratos entre os pais e a criança/adolescente (SIGMARSDÓTTIR; RAINS; FORGATCH, 2015). Além das estratégias utilizadas durante as sessões individuais e grupais (*role-play*, resolução de problemas, etc.), os pais fazem tarefa de casa, recebem informações com o resumo dos tópicos do encontro e outros materiais que os ajudam a colocar em prática os conteúdos de cada sessão (WACHLAROWICZ *et al.*, 2012)

Para implementação da intervenção existe um manual, em que são descritos os elementos básicos (FORGATCH, 1994), e é oferecido um treinamento pago que dura entre 10 e 16 dias, cujo objetivo é aperfeiçoar, de modo prático, as habilidades necessárias para intervenção (por exemplo, demonstrações de vídeo, dramatização de papéis e exercícios experimentais, gravação de vídeo da prática acompanhada de *feedback* direto). Orienta-se que, durante o treinamento, os aplicadores registrem suas sessões com as famílias e disponibilizem o vídeo para que os mentores e técnicos de treinamento possam fornecer um *feedback* sobre a mesma (KNUTSON *et al.*, 2009).

Desde a sua primeira implementação na Noruega, em 1999, o programa é empregado em diversas configurações familiares de todas as origens socioeconômicas e culturais do mundo (FORGATCH; GEWIRTZ, 2017; FORGATCH; KJØBLI, 2016; SIGMARSDÓTTIR; RAINS; FORGATCH, 2015). Entre os principais países de aplicação, encontram-se: Estados Unidos, Noruega, Islândia, Holanda, Dinamarca, Canadá, México e Uganda (BAUMANN *et al.*, 2014; SIGMARSDÓTTIR; RAINS; FORGATCH, 2015). Este programa é classificado como nível 1 (bem-suportado por evidências de pesquisa) na certificação da CEBC (*The Californian Evidence Based Clearing House*).

Diferentes estudos demonstram a eficácia da intervenção em famílias em situação de risco e na melhoria de suas habilidades na redução do comportamento agressivo de início precoce e na prevenção para o comportamento antissocial na adolescência e vida adulta

(PATTERSON, FORGATCH; DEGARMO, 2010; THIJSSSEN *et al.*, 2017; WACHLAROWICZ *et al.*, 2012). Um estudo desenvolvido por Thijssen *et al.* (2017), por exemplo, que testou a eficácia do PMTO, avaliou em quatro momentos (pré-tratamento e após 6, 12 e 18 meses) 146 crianças clinicamente encaminhadas com idade entre 4 e 11 anos e seus respectivos pais. Os resultados mostraram que o PMTO foi eficaz na redução do comportamento de externalização infantil, estresse parental e psicopatologia parental (THIJSSSEN *et al.*, 2017). Na mesma direção, um outro estudo que avaliou a efetividade do PMTO em mães adotivas de crianças entre 4 e 12 anos com problemas de comportamento externalizante, observou que o programa contribuiu para a melhoria da relação mãe-filho e reduziu os níveis gerais de estresse parental das mães, bem como o estresse relacionado à criança (MAASKANT *et al.*, 2017).

4.1.3 Triple P- Positive Parenting Program

O *Triple P - Positive Parenting Program* se constitui como um conjunto de estratégias de intervenção proposto originalmente na Austrália e baseado nos princípios da Aprendizagem Social, na Teoria Cognitivo-Comportamental e em pesquisas sobre fatores de risco associados ao desenvolvimento de problemas de comportamento e sociais de crianças de adolescentes (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003; SANDERS *et al.*, 2014). Não se constitui em um proposta única, mas sim uma série de intervenções de intensidade crescente que auxilia e incentiva a autossuficiência de pais de crianças e adolescentes de 0 a 16 anos de idade. O formato é flexível, com diferentes metodologias e organizado em níveis, que permitem atender as necessidades específicas de cada público-alvo (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003; MCWILLIAM, TURNER; SANDERS, 2015).

O nível 1, chamado de *Universal Triple P*, constitui-se como uma estratégia de comunicação projetada para alcançar a população como um todo, por meio de informações sobre práticas parentais positivas. Não é um curso ou intervenção realizada diretamente com os pais. Em sua versão criativa, denominada *Stay Positive*, é feita uma campanha de comunicação com uma variedade de materiais (incluindo folhetos, cartazes, colunas de jornais, outdoors, etc.) que colocam os pais na agenda pública e conscientiza sobre a necessidade de apoiá-los neste papel vital. Nesse nível, o programa desestigmatiza o processo de busca de ajuda para pais, incentivando a participação e auxiliando-os no seu processo de autoconfiança e autossuficiência diante da tarefa de educar os filhos (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003)

O nível 2 (*Select Triple*) é constituído por uma assistência breve dada aos pais que geralmente estão lidando bem com o processo de educação dos filhos, mas apresentam preocupações com o desenvolvimento de seus filhos. Nesse nível, são realizados seminários com uma breve introdução acerca das estratégias de parentalidade positiva. Os pais podem participar de qualquer um dos três seminários acerca da educação de crianças (Poder de parentalidade positiva, Criação de filhos confiantes, compatíveis e Criação de crianças resistentes) ou sobre educação de adolescentes (Criando Adolescentes Responsáveis, Criando Adolescentes Competentes e Conectando Adolescentes). Além disso, é feita uma assistência breve com os pais envolvidos por meio de uma consulta individual de 15 a 30 minutos que visam conhecer as demandas específicas de cada pai. A depender da gravidade, é feito um acompanhamento do caso, através de visita ou telefonemas (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003)

O nível 3 (*Primary Care*), consiste em um aconselhamento direcionado a pais de crianças com dificuldades comportamentais leves a moderadas. Nesse nível, a intervenção ocorre por meio de quatro consultas individuais com duração entre 15 e 30 minutos em formato face a face, ou por telefone, com um dos cuidadores da criança/adolescente, e também são realizados grupos de discussão com os pais acerca das habilidades de lidar com os filhos.

O nível 4 está voltado para pais de crianças com dificuldades comportamentais graves, que estejam interessados em obter uma compreensão mais aprofundada sobre parentalidade positiva. Pode ser organizado em diferentes formatos, entre eles: 1) Grupo *Triple P*, no qual são realizadas cinco intervenções grupais e três sessões de aconselhamento via telefone; 2) Padrão *Triple P*, em que pais que precisam de suporte intensivo são submetidos a 10 sessões individuais e semanais; 3) *Triple P Online*, que consiste em oito sessões que orientam virtualmente os pais acerca das competências parentais. 4) *Self-directed Triple P*, que envolve um programa de auto-ajuda realizado durante dez semanas, cujos pais que precisam de apoio adicional podem receber consultas telefônicas semanais de 15 a 30 minutos (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003). Em suma, o *Triple P* se fundamenta nos seguintes temas: 1) Promoção de um ambiente seguro para as crianças explorarem, experimentarem e jogarem; 2) Ambiente de aprendizagem positiva entre pais e crianças; 3) Disciplina assertiva; 4) Exploração das expectativas dos pais, crenças sobre as causas do comportamento das crianças e delimitação de objetivos; 5) Autocuidado parental.

No nível 5, o objetivo é oferecer um suporte intensivo para as famílias com preocupações complexas. Para pais com esse tipo de demanda, recomenda-se que os mesmos

também participem do nível 4. As atividades desenvolvidas são estruturadas através do: 1) *Triple P* aprimorado (*Enhanced Triple*), em que pais com conflito de parceiro, estresse ou problemas de saúde mental podem fazer de um a três módulos que discutem relações de parceria e comunicação, estratégias de enfrentamento pessoal para situação de alto estresse e outras práticas parentais positivas; 2) *Pathways Triple P*, voltado para pais em risco de cometer maus-tratos infantis, em que são abordadas estratégias de controle da raiva e outros recursos comportamentais para melhorar a capacidade dos pais de lidar com a criação de filhos (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003).

Ao longo de mais de 30 anos, o programa foi adaptado para mais de 25 países como Austrália, Alemanha, Suíça, Holanda, Canadá e Estados Unidos (MCWILLIAM; TURNER; SANDERS, 2015). Para a sua implementação é feito um treinamento pela *Triple P International*, que tem uma rede de treinadores em todo o mundo, disponível para treinar novos profissionais em muitos países (MCWILLIAM; TURNER; SANDERS, 2015). Devido ao seu caráter multinível e à maneira como é promovida a autorregulação e autosuficiência dos pais, o *Triple P* tem sido considerado uma estratégia efetiva e de investimento estratégico em intervenção precoce, prevenindo gastos futuros na saúde mental (PRINZ *et al.*, 2009; SANDERS *et al.*, 2008).

Uma das vantagens do programa se dá pela sua capacidade em atender a vários pais em diferentes níveis de demanda (SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003) com boas evidências empíricas (HEINRICHS; KLIEM; HAHLWEG, 2014; MORAWSKA; TOMETZKI; SANDERS, 2014). Em um estudo randomizado controlado, feito com 143 pais de crianças de 2 a 12 anos na Indonésia, observou-se que, após o *Triple P*, os pais do grupo de intervenção relataram uma maior diminuição nos problemas comportamentais da criança, práticas parentais disfuncionais, estresse parental e um maior aumento na confiança dos pais em comparação com os pais no grupo de controle (SUMARGI; SOFRONOFF; MORAWSKA, 2015). Em uma revisão sistemática, feita com base em 101 estudos empíricos, observou-se tamanhos de efeito significativos do programa nos aspectos sociais e emocionais infantis ($d > 0,40$), nas práticas parentais ($d > 0,50$) e na competência parental ($d > 0,30$) (SANDERS *et al.*, 2014).

4.1.4 Coping Power

Proposto por John Lochman e Karen Wells, nos Estados Unidos (Alabama), o *Coping Power* é um programa sócio-cognitivo contextual de intervenção destinado a crianças em

situação de risco nos últimos anos do ensino fundamental e no começo do ensino médio (LOCHMAN; WELLS, 2002). Fundamenta-se no modelo empírico de fatores de risco para o uso de substâncias e no desenvolvimento do comportamento antissocial (LARSON; LOCHMAN, 2010). Os principais temas abordados são: competência social, autorregulação e envolvimento positivo dos pais (LOCHMAN; WELLS, 2002; LOCHMAN *et al.*, 2017).

A versão completa do *Coping Power* dura de 15 a 18 meses e envolve sessões grupais e estruturadas para crianças e pais (POWELL, *et al.*, 2017). O componente do *Coping Power* para crianças consiste em 34 sessões de grupo e sessões individuais periódicas, as quais, geralmente, ocorrem no ambiente escolar. Recomenda-se grupos entre quatro e seis crianças. Entre os elementos trabalhados estão: capacidade de definir metas de curto e longo prazo; organização e desenvolvimento de habilidade de estudo; habilidades de gerenciamento de raiva; habilidades sociais; habilidades para resolver problemas; capacidade de resistir à pressão dos colegas e envolvimento em grupo de pares positivos (LOCHMAN; WELLS; LENHART, 2008; POWELL, *et al.*, 2017).

O componente *Coping Power* para pais consiste em 16 sessões de grupo (separadas das sessões infantis) que ocorrem em horários convenientes e em locais próximos ao lugar de moradia dos participantes, além de visitas domiciliares periódicas e contatos individuais. As sessões individuais são projetadas para promover a generalização de habilidades para o ambiente natural das crianças. Entre os temas trabalhados, estão: elogio e atenção positiva; regras e expectativas claras; promoção de habilidades de estudo da criança, práticas disciplinares apropriadas; gerenciamento do estresse parental; comunicação familiar e estratégias de resolução de problemas (WELLS; LOCHMAN; LENHART, 2008; POWELL, *et al.*, 2017). Para implementação, além dos manuais voltados para intervenção, o *Coping Power* também faz treinamentos que ocorrem em formato de oficinas que duram de dois a três dias (POWELL, *et al.*, 2017). O treinamento envolve atividades práticas para os profissionais participantes aprenderem e praticarem técnicas de intervenção, como também discussões e apresentações de vídeos relacionados à intervenção (POWELL, *et al.*, 2017).

Foi originalmente desenvolvido para o contexto escolar e tem contribuído para a melhoria no funcionamento comportamental da criança na escola, da competência social e do processamento de informações sociais, como também se mostra relevante na promoção de estratégias de resolução de problemas e o envolvimento positivo dos pais (POWELL, *et al.*, 2017). Além disso, também é empregado em diferentes contextos clínicos e se mostrado eficaz na redução do comportamento agressivo de crianças e na prevenção do uso de substâncias

(LOCHMAN; WELLS, 2002; MURATORI *et al.*, 2015). Ao longo dos anos, o *Coping Power* foi adaptado para diferentes países como Porto Rico, Itália e Paquistão (MURATORI *et al.*, 2015; MUSHTAG *et al.*, 2017) e versões abreviadas voltadas para a prevenção de comportamentos disruptivos em idades pré-escolares também foram testadas (LOCHMAN, *et al.*, 2014; MURATORI *et al.*, 2015, 2016, 2017).

De um modo geral, os estudos de eficácia têm apresentado resultados promissores e indicado que *Coping Power* é eficaz para reduzir problemas comportamentais e promover comportamentos saudáveis e positivos em crianças, mesmo quando implementados em contextos com maior potencial de exposição à violência (LOCHMAN *et al.*, 2017; LOCHMAN *et al.*, 2015; MUSHTAQ *et al.*, 2017). Um estudo feito com 114 pais de crianças de 9 a 12 anos, que comparou o *Coping Power* com um tratamento individualizado, apontou que na intervenção feita com o programa, os pais se apresentaram mais eficazes e satisfeitos em seu papel parental (LUDMER *et al.*, 2018). Em outro estudo que avaliou o *Coping Power* em 164 crianças pré-escolares apontou que as crianças que participaram da intervenção apresentaram menores níveis de dificuldades comportamentais, classificadas tanto pelos pais quanto pelos professores (MURATORI *et al.*, 2017).

4.1.5 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

A *Parent-Child Interaction Therapy*, desenvolvida por Sheila Eyberg, na década de 1970, baseia-se na teorias do Apego (BOWLBY, 1990) e do Aprendizado social (BANDURA, 1977) para ensinar acerca da importância da parentalidade autoritativa proposta por Baumrind (1966). Os seguintes pressupostos são adotados: 1) o estilo autoritativo, em comparação aos outros estilos parentais, está associado a menos problemas de comportamento infantil e melhor saúde mental a longo prazo em muitas populações clínicas; 2) um relacionamento de apego forte e seguro é uma base necessária para o estabelecimento efetivo de limites e de consistência na disciplina, o que leva a uma melhora na saúde mental dos pais e da criança; e 3) as contingências moldam as interações disfuncionais entre as crianças disruptivas e seus pais (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013).

Dentro dessa perspectiva, o PCIT se configura como um tratamento feito para crianças entre 2 e 7 anos com transtornos emocionais e comportamentais, o qual enfatiza a melhoria da qualidade do relacionamento cuidador-criança e a mudança dos padrões de interação (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013). Em geral, as sessões ocorrem em contexto clínico e a

intervenção é feita diretamente na díade cuidador e criança (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013). Embora as crianças e seus cuidadores sejam trabalhados conjuntamente, o foco da atuação é no aprimoramento das habilidades parentais (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013).

O PCIT inclui duas fases sequenciais e requer, em média, 15 sessões (FUNDERBURK; EYBERG, 2011). Na primeira fase, intitulada Interação Dirigida pela Criança (*Child-Directed Interaction* - CDI), o objetivo é melhorar a qualidade do relacionamento entre pais e filhos e fortalecer a atenção e o reforço para o comportamento positivo da criança (FUNDERBURK; EYBERG, 2011). No CDI, os pais aprendem a respeitar a liderança do filho em jogos diádicos e a prestar atenção positiva combinada com o fato de ignorar ativamente o mau comportamento. São incentivados o uso de habilidades como elogio, reflexão, imitação, descrição e entusiasmo para reforçar comportamentos positivos e apropriados. Na segunda fase, conhecida como Interação Dirigida pelos Pais (*Parental-Directed Interaction* - PDI), os pais aprendem a conduzir a atividade de seus filhos, primeiro em situações de brincadeiras diádicas e, mais tarde, em situações da vida real, quando é importante que seus filhos obedeçam (FUNDERBURK; EYBERG, 2011). Nessa fase, aprende-se a dar instruções eficazes e a seguir com consequências consistentes, incluindo elogios para comportamentos desejados e *time-out* para comportamentos indesejados (FUNDERBURK; EYBERG, 2011).

Na maioria das sessões, os terapeutas treinam os cuidadores em uma sala de observação com um espelho unidirecional, usando um sistema de comunicação (FUNDERBURK; EYBERG, 2011). Após concluir cada sessão, o terapeuta e o cuidador decidem juntos em qual habilidade se concentrar mais durante as sessões seguintes. As principais técnicas utilizadas são: modelagem, *role-playing* e estratégias de resolução de problemas (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013). Diferente de outras estratégias, o tratamento do PCIT não é limitado por sessão, em geral, as famílias encerram o tratamento quando os pais demonstram o domínio das habilidades e classificam os comportamentos de seus filhos como dentro dos limites normais (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013). Uma característica distintiva do PCIT é sua intervenção direta nas interações entre pais e filhos (FUNDERBURK; EYBERG, 2011). A avaliação do tratamento é feita pela observação de vídeos e pela aplicação de testes antes e após a intervenção (HEMBREE-KIGIN; MCNEIL, 2013).

Estudos sobre PCIT apontam sua eficácia em diferentes contextos (LEUNG, *et al.*, 2015; MERSKY, *et al.*, 2016) e indicam melhorias clinicamente significativas no comportamento disruptivo de crianças e nas habilidades parentais, após o tratamento (BJØRSETH; WICHSTRØM, 2016; NIEC *et al.*, 2016; THOMAS *et al.*, 2017; WILSIE *et al.*,

2017). Em um estudo desenvolvido no Porto Rico com 32 famílias de pré-escolares de 4 a 6 anos diagnosticadas com TDAH, observou que, após a intervenção, as crianças apresentaram redução significativa nas pontuações em TDAH, assim com menos comportamentos agressivos e desafiadores; e as mães aumentaram no uso de práticas parentais adequadas e obtiveram menores pontuações em estresse parental (MATOS; BAUERMEISTER; BERNAL, 2009).

Uma metanálise realizada para verificar a eficácia do programa na redução do abuso físico de pais, observou que os pais que receberam o PCIT tiveram significativamente menos recorrências de abuso físico e maiores reduções nos índices de estresse parental do que os pais nos grupo controle (KENNEDY *et al.*, 2016). De modo geral, o PCIT se configura como uma importante estratégia para o bem-estar infantil e conta, atualmente, com adaptações para formatos grupais e virtuais (GOLD, 2016; COMER, *et al.*, 2015) para distintas demandas, como transtorno de ansiedade (ELKINS *et al.*, 2016), autismo (MASSE *et al.*, 2016) e problemas internalizantes (CARPENTER *et al.*, 2014).

4.1.6 Empecemos

Desenvolvido por Romero *et al.* (2005, 2013) na Espanha (Santiago de Compostela) o *Empecemos* é uma intervenção com foco nos problemas de conduta de início precoce. Baseia-se nos princípios da aprendizagem social e nas técnicas cognitivos-comportamentais. O título do programa faz alusão aos aspectos centrais que são trabalhados: Emoção (E), Pensamento (P) e Comportamento (C). Originalmente, abrange componentes dirigidos aos pais, às crianças e aos professores (ROMERO *et al.*, 2009).

Na versão dirigida aos pais, destina-se a pais e mães de crianças de 5 a 11 anos com problemas de comportamento. Estrutura-se em 12 sessões grupais semanais. Cada sessão varia entre 90 e 120 minutos e abrange de quatro a sete atividades como vídeos, debates, *brainstorming* (técnica utilizada para propor soluções a um problema específico), role-playing (técnica de dramatização), etc., em que os pais aprendem a desenvolver as interações positivas com as crianças, mediante o uso de reforço positivo e de atividades compartilhadas (ROMERO *et al.*, 2013). Para tal fim, o programa visa: 1) ensinar como o comportamento se relaciona com seus antecedentes e suas consequências; 2) introduzir a noção de consequências positivas para os comportamentos positivos; 3) reforçar a importância dos filhos cumprirem as tarefas escolares; 4) melhorar a comunicação familiar; 5) ensinar aos pais a ignorarem as condutas perturbadoras pouco importantes; 6) treinar o manejo do estresse e a prática do autocontrole

parental; 7) ensinar sobre estabelecimento de limites e metas; 8) treinar o uso de consequências lógicas e naturais diante do comportamento negativo dos filhos; e 9) desenvolver estratégias de resolução de problemas (ROMERO *et al.*, 2009, 2013)

A versão voltada às crianças abrange 19 sessões semanais de aproximadamente 80 minutos. As sessões se agrupam em módulos temáticos em que se discute: a) emoções: à medida em que se ensina a identificar os sentimentos e reconhecer os antecedentes e consequências de diferentes emoções, bem como a autorregulação dos estados emocionais negativos, como a ira; b) habilidades cognitivas: em que se treina a capacidade para reconhecer o ponto de vista dos outros, a realização de atribuições corretas sobre o comportamento das pessoas e a resolução de problemas de um modo sistemático e racional; e c) habilidades sociais: especialmente, a empatia, a comunicação não verbal e o estabelecimento de amizades. Nesse componente, as técnicas utilizadas incluem breves explicações, demonstrações ao vivo, ensaios e aplicação pelas crianças das habilidades aprendidas. A versão dirigida aos professores, composta por oito sessões, visa promover comportamentos positivos em sala de aula, treinando os professores no manejo de condutas disruptivas em sala de aula e no seu papel de colaborador junto à família (ROMERO *et al.*, 2009, 2013).

Os três componentes do *EmPeCemos*, embora independentes, estão organizados para serem aplicados simultaneamente, de modo que a intervenção em cada um desses âmbitos seja reforçada em outros espaços (ROMERO *et al.*, 2009, 2013). Recomenda-se que os três componentes sejam aplicados em grupos de 5 a 10 participantes. Além das sessões propriamente ditas, o programa contempla a aplicação de sessões de apoio com a finalidade de contribuir para a manutenção dos efeitos das intervenções. Nas versões para pais e crianças se elaboram duas sessões para serem aplicadas seis meses após o fim da intervenção e uma para ser aplicada um ano depois. Para o componente dos professores, o programa contempla uma sessão de manutenção após seis meses e a distribuição de lembretes um ano após a intervenção (ROMERO *et al.*, 2013).

Em estudo experimental realizado com o objetivo de averiguar sua eficácia, observou-se que os pais que participaram do *EmPeCemos* diminuíram o emprego de práticas educativas negativas, melhoraram sua capacidade de enfrentamento em situações conflitivas, aprimoraram a habilidade de comunicação com os filhos e relataram uma redução significativa dos problemas de comportamento infantis (PACHO, 2010). Em um outro estudo que avaliou os efeitos do programa, após sete anos de implementação, observou a eficácia da intervenção na redução de problemas de conduta e no envolvimento com amigos antissociais, além de se observar uma

melhoria na competência social e no registro atitudes menos favoráveis frente ao uso de drogas (ROMERO *et al.*, 2017)

De uma maneira geral, tem-se que a proposta do *EmPeCemos* não é apenas reduzir as condutas disruptivas das crianças, mas também potencializar os recursos emocionais, cognitivos e comportamentais necessários para o desenvolvimento saudável da criança (ROMERO *et al.*, 2013).

4.1.7 Incredible Years

Fundada por Carolyn Webster-Stratton na década de 1980, nos Estados Unidos (Seattle, Washington), a série *Incredible Years* recebe influência, de acordo com a própria autora (WEBSTER-STRATTON, 2011), da Teoria da Aprendizagem Social (BANDURA, 1986), dos Estágios de desenvolvimento de Piaget e da Teoria do Apego (BOLWBY, 2015). Abrange um conjunto de intervenções independentes, destinadas aos pais, aos professores e às crianças, as quais visam a redução dos comportamentos desafiadores de crianças (0 a 12 anos), a melhoria das suas habilidades de autocontrole e o seu desenvolvimento emocional e social (WEBSTER-STRATTON, 2001, 2011).

Os programas destinados aos pais são organizados em estágios que variam de acordo com a faixa etária da criança, a saber: 1) bebês (0 a 12 meses); 2) crianças pequenas (1 a 3 anos); 2) pré-escolar (3 a 6 anos de idade); e 3) idade escolar (6 a 12 anos de idade). A depender do programa específico ou das características do grupo (prevenção ou intervenção), a quantidade de sessões varia de 9 a 20. Cada sessão semanal do treinamento de pais dura em média duas horas, é conduzida por dois profissionais treinados e pode abranger entre 10 a 14 participantes (WEBSTER-STRATTON, 2011).

Na versão pré-escolar para pais, por exemplo, busca-se desenvolver habilidades parentais que possibilitem a promoção da competência social, da regulação emocional e das capacidades acadêmicas da criança e, por conseguinte, a redução dos problemas de comportamento infantis. Entre os temas trabalhados estão: 1) Como brincar com o seu filho; 2) Atenção positiva, encorajamento e elogio; 3) Recompensas concretas, incentivos e comemorações; 4) Estabelecimento de Limites; 5) Ignorar certos comportamentos; 6) Tempo de Pausa; 7) Consequências naturais e lógicas; 8) Ensinar a crianças a resolver problemas (WEBSTER-STRATTON, 2011)

O programa destinado aos professores de crianças de 3 a 8 anos de idade é estruturado em seis *workshops*, distribuídos a cada três ou quatro semanas. Nesse espaço, são discutidas a importância do elogio, do incentivo e de se estabelecer um relacionamento positivo com os estudantes, também são treinadas estratégias para manejo de comportamentos inapropriados em sala de aula, controle das emoções e construção de uma rede de suporte social junto a outros professores (WEBSTER- STRATTON, 2011)

Nas intervenções com as crianças, são treinadas habilidades como competência emocional, desenvolvimento da empatia, manejo da raiva, estratégias para fazer amigos, resolução de problemas interpessoais, regras escolares e dicas para se obter bom desempenho acadêmico. Para esse público, existem duas versões. A primeira versão (*Child Dinossaur Treatment Program*) é voltada para crianças diagnosticadas com Problema de Conduta ou TDAH em que devem ser feitas 18 a 20 sessões em grupos de no máximo seis crianças. Já a segunda versão (*Child Dinossaur Classroom Program*) é voltada para prevenção dos problemas, consistindo em um currículo escolar a ser introduzido através de duas ou três lições por semana, voltadas para o desenvolvimento das habilidades socioemocionais em sala de aula (WEBSTER- STRATTON, 2011).

Diferentes recursos são utilizados para implementação, entre eles, destacam-se: o uso de *role-plays* para o treinamento de habilidades parentais, *brainstorming* para formulação de ideias e discussão em grupo; cenas de vídeos, folhetos explicativos e atividades de casa para promoção de estratégias eficazes lidar com os comportamentos dos filhos (WEBSTER-STRATTON, 2011). No site voltado para a divulgação do programa também são disponibilizados materiais de apoio, folhas de *check-list* e questionários de avaliação da satisfação semanal e final (WEBSTER-STRATTON, 2001). Em termos de avaliação da eficácia, não há uma bateria padronizada de instrumentos utilizados que devem ser aplicados antes e depois da intervenção. Entretanto, entre os instrumentos que comumente aparecem nos estudos, estão: o Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER, 1993), o Índice de Stress Parental (ABIDIN, 1983), Questionário de Capacidades e Dificuldades (GOODMAN, 2001) e a Escala de Estilos Parentais (ARNOLD *et al.*, 1993).

As intervenções da série *Incredible Years* são utilizadas em diversos países, como Inglaterra, Portugal e Noruega (PIDANO; ALLEN, 2015; WEBSTER-STRATTON, 2016). Estudos mostram a eficácia do programa em diversos contextos (FERGUSON; HORWOOD; STANLEY, 2013; LEIJTEN *et al.*, 2018; MURRAY; LAWRENCE; LAFORETT, 2017; WEBSTER-STRATTON; RINALDI; REID, 2011). Em estudo realizado por Murray,

Lawrence e Laforrett (2017), observou-se que o *Incredible Years* se apresentou eficaz para crianças com diagnóstico de TDAH; quando combinada a intervenção parental juntamente com a intervenção feita diretamente na criança o programa melhorou ainda mais o comportamento infantil. Em uma metanálise que avaliou a efetividade de 50 estudos do *Incredible Years*, apontou que o programa apresenta melhores tamanhos de efeitos ($d = 0,50$) no tratamento de casos severos de comportamento disruptivo (MENTING; CASTRO, MATTHYS, 2013).

4.2 Programas Nacionais

No contexto nacional, quando comparados à disponibilidade de programas encontrados na literatura internacional, os estudos sobre as intervenções em comportamento antissocial infantil ainda são escassos (BATISTA; WEBER, 2014; BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016). Entretanto, é possível encontrar intervenções brasileiras com foco na redução de comportamento antissocial infantil (BATISTA; WEBER, 2014). Alguns programas, por exemplo, difundem-se por serem sistematizados em livros e/ou manuais, como é o caso do Programa de Qualidade na Interação Familiar (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2014). Não obstante a existência dessas intervenções, é importante ponderar que a maioria dos estudos brasileiros estão em fase de desenvolvimento, são relativamente recentes (a maioria propostos a partir dos anos 2000), com estudo de eficácia ainda incipientes e com delineamentos poucos robustos (BATISTA; WEBER, 2014; LANDIM; BORSA, 2017). Para fundamentar tais discussões, algumas dessas propostas desenvolvidas no Brasil serão apresentadas.

4.2.1 Qualidade da Interação Familiar

Elaborado em 2002 por Lídia Weber, o Programa de Qualidade na Interação Familiar é baseado na Análise do Comportamento e utiliza a disciplina positiva como foco da intervenção. É composto por oito encontros semanais, com duração de, aproximadamente, duas horas, em que são discutidos temas específicos sobre educação ou interação pais-filhos, por meio de vivências, treinos, discussões dirigidas, tarefas de casa e auto-registros (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2014).

Entre os principais temas abordados, estão: discussão sobre princípios da aprendizagem, estabelecimento de regras e limites, consequências para comportamentos adequados e inadequados, importância do relacionamento afetivo e envolvimento, debate sobre a educação que os pais receberam em sua infância, reflexão sobre a relevância do autoconhecimento

parental e sobre a aprendizagem por observação. Tais temas são divididos didaticamente e são trabalhados por meio de vivências, treinos e espaços para discussão das informações mais teóricas sobre o tema (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2014). As tarefas de casa e o auto-registro são consideradas partes fundamentais para o bom aproveitamento da intervenção (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2014). Na fase de implementação, recomenda-se que o aplicador tenha um aprofundamento teórico acerca do tema por meio dos livros “Eduque com carinho para pais” e “Eduque com carinho para crianças” (WEBER, 2005). É disponibilizado ainda um conjunto de instrumentos que avaliam a qualidade da interação familiar (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2009).

Trata-se de um programa aplicado em vários grupos de extensão da Universidade Federal do Paraná, que tem beneficiado diversas famílias da região e alcançado resultados satisfatórios. Em 2005, com a finalidade de beneficiar um maior número de famílias, foi publicado um manual com dicas sobre aplicação, sugestão de filmes e com as dúvidas mais frequentes (WEBER; SALVADOR; BRANDENBURG, 2014). Em um estudo que avaliou a sua eficácia, realizado com 93 pais do Estado do Paraná, foram coletadas informações sobre comportamentos verbais dos pais durante a realização dos grupos, assiduidade e ficha de avaliação final, os resultados encontraram, por meio desses recursos, boa adesão, bom nível de satisfação e mudanças relevantes no repertório comportamental dos pais (WEBER; BRANDENBURG; SALVADOR, 2006). Embora o programa traga contribuições e se diferencie de outros treinamentos para pais, ao atingir uma população não-clínica e sem queixas específicas, observa-se que ainda são necessárias análises mais robustas que atestem sua eficácia.

4.2.2 PROMOVE- Pais

Proposto por Bolsoni-Silva (2007), a intervenção em grupo de pais, recentemente chamada de Promove-Pais (TOZZLE, 2016), é resultado de anos de implementação e avaliação de intervenções em habilidades sociais junto a pais de um Centro de Psicologia Aplicada de uma Universidade Estadual Paulista, UNESP (BOLSONI-SILVA, 2007). Assim, o programa, fundamentado na Análise do Comportamento, parte do pressuposto de que a promoção de habilidades sociais educativas se configura como uma importante estratégia de prevenção em comportamentos antissociais infantis (BOLSONI-SILVA, 2007).

A intervenção se estrutura em 14 sessões, com duração média de duas horas, e é voltada para a melhoria das habilidades de pais/mães e outros cuidadores de crianças e adolescentes (BOLSONI-SILVA, 2007; KANAMOTA; BOLSONI-SILVA; KANAMOTA, 2017). Baseada na cartilha informativa (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2006), são discutidos os seguintes temas: comunicação (iniciar e manter conversações, fazer e responder perguntas), expressão de sentimentos positivos (elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer), conhecimento sobre direitos humanos básicos, expressão e recebimento de opiniões, expressão de sentimentos negativos, dar e receber *feedback*, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas (admitir próprios erros, pedir desculpas) e estabelecimento de limites (consistência na forma de interagir, atitudes que dificultam o estabelecimento de limite, ignorar comportamento-problema).

Além desses temas, uma sessão é destinada para se discutir assuntos livres que são demandados pelo grupo (BOLSONI-SILVA, 2007). Em cada sessão sugere-se que sejam trabalhados os seguintes elementos: apresentação da agenda da sessão, tarefa, exposição dialogada, treino de habilidades, proposição da tarefa de casa e avaliação da sessão (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2006). Entre as principais técnicas utilizadas estão: análise de contingências, modelação, modelagem, *role-playing* e reforçamento diferencial de comportamentos-alvo (BOLSONI-SILVA, 2007). Em 2018, foi disponibilizado para venda um manual com os principais pressupostos teóricos e práticos do programa (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018).

Um estudo com delineamento de medidas repetidas, que contou com a participação de 13 mães e duas avós cuidadoras de pré-escolares (idades entre 4 e 6 anos) com indicação de problemas externalizantes, observou que a intervenção aumentou as habilidades sociais de pais e de crianças, além de reduzir problemas de comportamento e práticas parentais negativas (BOLSONI-SILVA, 2007). Na mesma direção, outro estudo realizado com duas mães e uma avó, no qual foram realizadas avaliações controle (aplicação feita com os próprios participantes dois meses antes do pré-teste), pré-teste e pós-teste, observou que a aquisição de novas habilidades parentais possibilitou a redução de problemas de comportamento e o aumento de respostas socialmente habilidosas por parte das crianças (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008). Em geral, são utilizados os seguintes instrumentos para a avaliação da intervenção: CBCL (ACHENBACH, 1991), Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (BOLSONI; LOUREIRO, 2010) e Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE, 2016).

Cabe destacar que a proposta também foi testada para cuidadores/mães de adolescentes (KANAMOTA; BOLSONI-SILVA; KANAMOTA, 2017; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008) e utilizada para outras demandas clínicas, como é o caso dos problemas internalizantes (TOZZE; BOLSONI-SILVA, 2018). Além da versão voltada para cuidadores, também é sugerida uma versão voltada para a melhoria das habilidades sociais da criança, denominada Promove-Crianças (FALCÃO *et al.*, 2016).

4.2.3 PROPAIS

Proposto em 2009 por um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) e fundamentado na Terapia Cognitivo-Comportamental, o PROPAIS-USP tem o objetivo de trabalhar queixas e demandas dos pais referentes aos problemas de comportamento infantis. Para tal fim, na proposta inicial, desenvolveram-se duas etapas: Estudo Piloto e Aperfeiçoamento (NEUFELD; MAEHARA, 2011). No estudo piloto, verificou-se a eficácia do programa para um grupo de pais cujos filhos se encontravam na fila de espera da clínica-escola em Psicologia da própria universidade. Nessa etapa, foram realizados 12 encontros semanais de uma hora e meia, cujos resultados foram avaliados por uma metodologia pré e pós-teste, sem grupo controle e com o uso do Inventário de Estilos Parentais (GOMIDE, 2011) e do Questionário de Capacidades e Dificuldades (GOODMAN *et al.*, 2000). Entre as principais dificuldades encontradas, apontou-se: a falta de adesão dos pais e a duração dos encontros (NEUFELD; MAEHARA, 2011).

Na etapa de aperfeiçoamento, foram ofertados dois grupos (com duração de 60 minutos). Algumas alterações na estrutura inicial da intervenção foram realizadas a fim de amenizar as falhas encontradas no estudo piloto. O programa foi reorganizado em 10 sessões, em que foram trabalhados aspectos que influenciam o comportamento de uma criança, orientações comportamentais envolvidas na educação dos filhos (dar ordens, estabelecer regras, etc), discussão sobre o modelo cognitivo, distorções cognitivas e pensamentos dos pais a respeito da relação com os filhos (NEUFELD; MAEHARA, 2011). No que se refere à avaliação da eficácia, apesar do tamanho da amostra (11 pais no grupo 1 e cinco no grupo 2), os resultados indicaram que o programa foi eficaz para melhorar a relação entre pais e filhos, além de ser um importante instrumento de intervenção em clínica-escola. Entretanto, alguns aspectos metodológicos ainda precisavam ser reorganizados (NEUFELD; MAEHARA, 2011).

Recentemente, o PROPAIS-USP (também conhecido como PROPAIS I) foi adaptado para a versão PROPAIS-II (CASSIANO, 2014). Nessa versão atualizada, o programa se centrou em pais de crianças sem diagnóstico clínico, além de serem ajustados alguns elementos da versão original, como: redução para seis sessões, adesão a um caráter mais integrativo e dinâmico das sessões, adoção de uma postura mais psicoeducativa na abordagem dos temas e adaptação da linguagem do terapeuta a fim de facilitar a aprendizagem dos conteúdos. Os conteúdos trabalhados foram: discussão sobre dificuldades na educação dos filhos, explicação sobre habilidades sociais educativas, noções de desenvolvimento infantil, práticas educativas positivas, concepções acerca do papel de pai, psicoeducação sobre leis do comportamento, como lidar com emoções no educar, habilidades sociais envolvidas no estabelecimento de regras, psicoeducação de distorções cognitivas, práticas de resolução de problemas, manejo de emoções difíceis e técnica de relaxamento (CASSIANO, 2014). Além das seis sessões propostas, o programa contou ainda com duas sessões de avaliação, uma antes e outra posterior à intervenção, utilizando os seguintes instrumentos: Qualidade da Interação Familiar, CBCL, Ficha de Registro e Ficha de Identificação (CASSIANO, 2014). A avaliação feita com 25 participantes, a maioria mães (80%), indicou melhorias no comportamento infantil, bem como mudanças significativas nas práticas parentais, interação familiar e consciência acerca dos seus pensamentos, sentimentos e emoções (CASSIANO, 2014).

Não obstante a relevância da proposta, é importante evidenciar que os efeitos do programa nos aspectos cognitivos do pais (pensamentos, crenças) não foram avaliados quantitativamente, bem como suas consequências (*follow-up*). Além disso, também não foi possível encontrar estudos sobre o programa que, em sua avaliação, utilizem modelos experimentais. De uma maneira geral, observou-se que a intervenção apresenta uma descrição detalhada da sua estrutura, o que facilita a replicabilidade do estudo e seu uso em outros contextos, além da possibilidade de se pensar estratégias de intervenção fundamentadas em modelos cognitivo-comportamentais.

4.3 Síntese dos programas de treinamento parental

Em suma, é possível constatar uma diversidade de intervenções voltadas para prevenção e tratamento dos comportamentos antissociais infantis, centrando-se em diferentes possibilidades como em apenas pais; pais e filhos; pais e professores; pais, filhos e professores (BATISTA; WEBER, 2014; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010). Embora se aponte a importância das intervenções em vários contextos (RIOS; WILLIAMS, 2008), merece destaque o papel do

treinamento parental como recurso eficaz na prevenção de comportamento antissocial em crianças (BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016; PASTORELLI *et al.*, 2016; PIQUERO *et al.*, 2016; PETERSEN; WAINER, 2011).

Parte-se do pressuposto de que a família, independente do tipo de configuração, é o elemento primário de socialização (LABELLA *et al.*, 2018). E, portanto, programas de treinamento parental, como estratégia de intervenção precoce, trazem mais benefícios que as estratégias corretivas posteriores e são mais eficazes quando comparados a outros contextos de intervenção (PETERSEN; WAINER, 2011; VELASQUEZ *et al.*, 2010). Embora, em alguns dos programas, o caráter multicontextual (família, escola, comunidade) esteja representado em suas propostas, tendo em vista os objetivos dessa tese, a seguir, serão sintetizadas as informações referentes as intervenções parentais relatadas pelos programas anteriormente revisados.

Conforme pode ser observado na tabela 1, destaca-se que os treinamentos parentais internacionais apresentam propostas bem delimitadas, são voltados para pais de crianças de diferentes faixas etárias e, em geral, estão dentro de baterias de intervenções que contemplam diferentes contextos de atuação (ex. escola, criança e família). Sobre isso, observa-se que os temas trabalhados nesses programas contemplam distintos tipos de variáveis, que vão além das intervenções baseadas somente em práticas parentais (MONDIN, 2017). O *Empecemos*, o *Coping Power* e o *Incredible Years*, por exemplo, abordam diferentes elementos comportamentais, sociais, emocionais e cognitivos (ROMERO *et al.*, 2009; WEBSTER-STRATTON, 2011). Observa-se ainda uma cautela nessas propostas em não se centrar exclusivamente na redução dos comportamentos problemáticos, mas também na melhoria dos aspectos positivos envolvidos na relação pai-filho, como no incentivo do brincar com o filho, no uso do elogio e da atenção aos comportamentos positivos manifestos pela criança.

Assinala-se ainda que, em geral, quando ocorrem em formato grupal, os treinamentos parentais ocorrem semanalmente, são voltados para pais de criança com uma faixa etária específica e apresentam uma variabilidade no número de sessões (entre 5 e 16 sessões). Destaca-se a diversidade de recursos utilizados na intervenção, como é o caso de *role-plays*, discussões em grupo, vídeos, visitas, fichas de avaliação, que, em sua maioria, estão organizados em protocolos padronizados. Adicionalmente, é importante mencionar que, em alguns desses programas, sites com informações gerais também estão disponíveis (ex. *triple.net*; *copingpower.com*), o que facilita o acesso às informações gerais sobre a importância e os objetivos da intervenção. Entretanto, em caso de necessidade de implementação, dada a

complexidade e o caráter restrito dos programas, são exigidos treinamentos específicos, o que acaba limitando a execução por qualquer profissional.

Em acréscimo, destaca-se que, apesar dessas propostas apresentarem estudos em diferentes países, os estudos de adaptação em contexto brasileiro ainda são ausentes. Apesar da adaptação ser um caminho possível, esta também traz limitações, uma vez que não consegue dar conta, por exemplo, das idiosincrasias culturais presentes (PASQUALI, 2010). Desse modo, a proposta de programas genuinamente brasileiros se configura como uma alternativa. Na tabela 2, encontra-se uma síntese de alguns dos treinamentos parentais nacionais.

Tabela 1- Síntese dos treinamentos parentais internacionais

Programa*	Base Teórica	Público- alvo	Temas	Estrutura	Observações
<i>Defiant Children</i> Origem: Estados Unidos	Comportamental	Pais de crianças de 2 a 12 anos com comportamento opo- sitor	Comportamentos negativos; reforço do comportamento positivo; autonomia infantil; elogio; programas de recompensa; <i>time-out</i> e outros métodos disciplinares; comportamentos negativos em lugares públicos; comportamento escolar; problemas comportamentais futuros;	10 sessões	Não adaptado para o Brasil; Um dos programas de uma bate- ria.
<i>Parent Manage- ment Training (PMTO)</i> Origem: Estados Unidos	Modelo da Aprendizagem da Interação Social	Pais de crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade	Problemas de comportamento infantis; técnicas de reforçamento; técnicas de disciplina adequadas (<i>time-out</i> , remoção de privilégios e consequências); monito- ramento e supervisão adequada em rela- ção aos filhos; estratégias de solução de problemas, negociação e uso de contratos entre os pais e a criança.	Entre 10 e 14 sessões, (duas horas semanais);	Não adaptado para o Brasil; Organizado em diferentes forma- tos (individual, grupal, <i>delivery</i>); Um dos programas de uma bate- ria.
<i>Coping Power</i> Origem: Estados Unidos	Modelo dos fatores de risco para o uso substâncias e desenvolvimento do comportamento antissocial	Pais de crianças no Ens. Fundamental e início do Ensino Médio com comportament o antissocial.	Elogio e atenção positiva; regras e expectativas claras; promoção de habilidades de estudo da criança, práticas disciplinares apropriadas; gerenciamento do estresse parental; comunicação familiar e resolução de problemas.	16 sessões de grupo, visitas domiciliares e contatos individuais	Não adaptado para o Brasil; É uma bateria que envolve tam- bém uma versão voltada para cri- anças

<i>Triple P- nível 4</i>	Aprendizagem Social; Terapia Cognitivo-Comportamental	Pais de crianças e adolescentes de 0 a 16 anos de idade	Promoção de um ambiente seguro para as crianças explorarem, experimentarem e jogarem; Ambiente de aprendizagem positiva entre pais e crianças; Disciplina assertiva; Exploração das expectativas dos pais, crenças sobre as causas do comportamento das crianças e delimitação de objetivos; Autocuidado parental.	Entre 8 e 10 sessões grupais ou individuais.	Não adaptado para o Brasil; Organizado em diferentes formatos; É uma bateria que atende 5 níveis de gravidade e faixas etárias
Origem: Austrália					
<i>Empecemos</i>	Aprendizagem social; Terapia Cognitivo-comportamental	Pais e mães de crianças de 5 a 11 anos.	Princípios básicos sobre o comportamento; comportamentos positivos; cumprimento das tarefas escolares; comunicação familiar; ignorar condutas perturbadoras pouco importantes; manejo do estresse; autocontrole parental; estabelecimento de limites e metas; uso de consequências lógicas e naturais; estratégias de resolução de problemas.	12 sessões grupais semanais (duas horas cada)	Não adaptado para o Brasil; É uma bateria que atende vários contextos.
Origem: Espanha					
<i>Incredible Years- Programa básico para pais</i>	Teoria da Aprendizagem Social; Teoria dos Estágios de desenvolvimento de Piaget e da Teoria do Apego	Pais de crianças de 3 a 6 anos	Brincar com o filho; atenção positiva, encorajamento e elogio; recompensas concretas, incentivos e comemorações; estabelecimento de limites; ignorar comportamentos; tempo de pausa; consequências naturais e lógicas; ensinar a crianças a resolver problemas;	9 a 20 sessões (duas horas cada)	Não adaptado para o Brasil; É um conjunto de programas que atende vários contextos e faixas etárias.
Origem: Estados Unidos					

*Nota: na tabela estão especificadas apenas as versões dos programas que apresentam relação com os objetivos desta tese. Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2- Síntese dos Programas Nacionais

Programa	Base Teórica	Público- alvo	Temas	Estrutura	Observações
<i>Qualidade da Interação Familiar</i>	Análise do Comportamento	Pais de crianças com dificuldade na interação com os filhos.	Regras e limites; consequências para os comportamentos; relacionamento afetivo e envolvimento; educação que os pais receberam em sua infância; autoconhecimento parental e aprendizagem por observação.	8 encontros semanais (duas horas cada)	Possui um manual que pode ser adquirido por qualquer profissional;
Origem: Brasil					
<i>PROMOVE- Pais</i>	Análise do Comportamento	Pais/mães e outros cuidadores de crianças e adolescentes	Comunicação; expressão de sentimentos positivos; direitos humanos básicos; dar opiniões; expressão de sentimentos negativos; dar e receber <i>feedback</i> ; recusar pedidos; lidar com críticas; estabelecimento de limites .	14 sessões semanais (duas horas cada)	Possui um manual que pode ser adquirido por qualquer profissional
Origem: Brasil					
<i>PROPAIS</i>	Terapia Cognitivo- Comportamental.	Pais com queixas referente aos problemas de comportamentos infantis	Educação dos filhos; habilidades sociais educativas; desenvolvimento infantil; práticas educativas positivas; papel parental; leis do comportamento; emoções na educação de filhos; estabelecimento de regras; distorções cognitivas; resolução de problemas; manejo de emoções difíceis; técnicas de relaxamento	12 encontros semanais (uma hora e meia cada)	Ainda não sistematizado em um manual.
Origem: Brasil					

Fonte: elaborado pela autora

No que se refere aos treinamentos parentais brasileiros disponíveis, apesar de estarem mais contextualizados e, apresentarem-se acessível para os profissionais, ainda assim são percebidas limitações. A maioria das intervenções ainda se restringe à intervenção e à avaliação de variáveis específicas, sobretudo as comportamentais, como é o caso das habilidades sociais ou das práticas parentais (ex. Promove- Pais). Sobre isso, aponta-se a necessidade de que as propostas também façam intervenções e avaliações com foco em variáveis emocionais e cognitivas (CASSIANO, 2014). Dos programas brasileiros que foram apresentados, por exemplo, apenas o PROPAIS se configura como uma intervenção cognitivo-comportamental, porém sua eficácia nos aspectos cognitivos dos pais (pensamentos, crenças) não foram avaliados empiricamente (CASSIANO, 2014; NEUFELD; MAEHARA, 2011).

Ademais, centram-se nos aspectos conceituais relacionados aos comportamentos problemáticos, nas barreiras e nas dificuldades de ser pai/mãe, em vez de priorizar o desenvolvimento de habilidades e estratégias que tornem a relação parental mais positiva. Por fim, também se observa que os estudos de avaliação de eficácia dos programas disponíveis são limitados a análises pouco robustas (teste-reteste), com poucas replicações e com uso restrito de variáveis na intervenção e na avaliação.

Nesse contexto, com o objetivo de suprir as lacunas encontradas na realidade brasileira, nessa tese será proposto e avaliado um treinamento parental de intervenção precoce e inspirado em programas consolidados que contemple variáveis cognitivos, emocionais e comportamentais. Para tanto, será adotada, além dos pressupostos teóricos para comportamento antissocial infantil discutido no tópico 2.3, a intervenção fundamentada na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

De um modo geral, a TCC é uma abordagem que ajuda o indivíduo a reconhecer e modificar padrões de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013; CAMINHA; CAMINHA; DUTRA, 2017). Dentro da temática do comportamento antissocial infantil e da relação parental, a criança não só é influenciada pelo seu contexto, como também o influencia (BANDURA, 2014; BRONFENBRENNER, 2013). Nessa perspectiva, os cuidadores, à medida que são influenciados pelo comportamento infantil, interagem conforme as interpretações e emoções provenientes dessa relação e, conseqüentemente, também influenciam a criança (CAMINHA; CAMINHA, 2011). Assim, a intervenção com pais, mães e/ou responsáveis (compreendidos como agentes de mudança e primeiro ambiente de socialização) se apresenta como uma das alternativas a ser utilizada na prevenção e intervenção

no comportamento antissocial infantil (CAMINHA; CAMINHA; DUTRA, 2017; CAMINHA; CAMINHA, 2011).

Diante dessas considerações, a seguir serão apresentados os Estudos Empíricos. Em um primeiro momento, são detalhadas informações acerca dos parâmetros psicométricos dos instrumentos utilizados na avaliação do programa (Estudo 1) e, posteriormente, apresentam-se os estudos referentes à intervenção propriamente dita (Estudo 2 e 3).

5 ESTUDO 1 - PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DAS MEDIDAS E CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Para o estudo do comportamento antissocial infantil e, mais especificamente, para estruturação de uma intervenção, faz-se necessário, entre outros procedimentos, operacionalizar as variáveis de interesse, atestando se os instrumentos utilizados apresentam parâmetros de validade e precisão aceitáveis; e, verificando previamente como as variáveis estão correlacionadas (PASQUALI *et al.*, 2010, CFP, 2018). Assim, o objetivo desse estudo foi checar as propriedades psicométricas dos instrumentos indicados e, adicionalmente, verificar as relações entre os construtos.

A escolha dos instrumentos teve como base, principalmente, a compatibilidade teórica em relação aos construtos e sua utilização em estudos sobre o comportamento antissocial infantil. Entretanto, com exceção do Inventário de Estilos Parentais (IEP), todos instrumentos apresentam propriedades psicométricas em contexto brasileiro ainda escassas e seus usos ainda são pouco reconhecidos. Portanto, foi observada a necessidade de se apresentar as propriedades psicométricas desses instrumentos.

5.1 Método

5.1.1 Participantes

Contou-se com a participação de 214 mães na faixa etária dos 18 aos 49 anos ($M=33,48$, $DP=5,81$), a maioria de orientação heterossexual (96,2%) e casadas (70,4%). No que se refere à religião, 51,9% assumiram-se católicas, 30,4% evangélicas, 4,2% espíritas e 8,4% declararam não possuir nenhuma religião. Em relação à escolaridade, 53,5% possuem o ensino superior completo, 21,6% o ensino médio completo, 19,7% possuem o ensino superior incompleto, 3,3% possuem o ensino fundamental incompleto, 1,4% possuem o ensino médio incompleto e 0,5% ensino fundamental completo.

Os questionários foram respondidos sobre crianças de 3 a 7 anos ($M=5,1$, $DP=1,46$), sendo que 50,2% eram do sexo feminino e a maioria matriculada em escola privada (78,5%), sem problemas de saúde (83,1%) e que passam a maior parte do tempo com a mãe (74,3%). Vale ressaltar que, em caso de mães com mais de uma criança dentro dos critérios da pesquisa, foi recomendado que fosse respondido apenas um questionário e escolha da criança avaliada era feita conforme interesse da mãe. Tal amostra foi de conveniência, participando da pesquisa aquelas que foram convidadas e aceitaram colaborar voluntariamente. Uma descrição mais

detalhada acerca do perfil das crianças pode ser vista na Tabela 3.

Tabela 3- Estatística descritiva do perfil das crianças

Variável	Níveis	f	%
Sexo	Masculino	106	49,8
	Feminino	107	50,2
Idade	3 anos	43	20,1
	4 anos	33	15,4
	5 anos	45	21,0
	6 anos	40	18,7
	7 anos	53	24,8
Tipo de escola	Pública	45	21,5
	Privada	164	78,5
Problemas de saúde	Sim	35	16,4
	Não	177	83,1
Uso de medicação	Sim	22	10,3
	Não	192	80,9
Com quem passa mais tempo	Mãe	159	74,3
	Avó/avô	31	14,5
	Pai	9	4,2
	Outro (irmãos, tios, babás..)	15	7

Fonte: dados da pesquisa

5.1.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a realização desse estudo foram:

- a) Escala de Senso de Competência Parental (*Parenting Sense of Competence Scale – PSOC*). Desenvolvida por Johnston e Mash (1989), o instrumento tem o objetivo de avaliar a auto-percepção geral de competência parental. Configura-se como uma medida de autorrelato constituído por 17 afirmações sobre as quais os sujeitos se devem posicionar em uma escala *likert* de seis pontos, que varia entre "Concordo totalmente" e "Discordo totalmente". Na versão original (JOHNSTON; MASH, 1989), é composta por dois fatores: Satisfação (ex. “*Embora ser mãe possa ser gratificante em alguns momentos, atualmente me sinto frustrada*”) e Eficácia

(“*Ser mãe é algo possível de administrar e qualquer problema pode ser facilmente resolvido*”). O tempo necessário para responder ao instrumento é de cerca de 10 a 15 minutos. Após a inversão dos itens 02, 03, 04, 05, 08, 09, 12, 14, 16, o resultado total é obtido por meio da soma dos itens, quanto mais alta é a pontuação, maior é o senso de competência parental. A escala foi adaptada e validada em Portugal (SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015), apresentando dois fatores, a saber: Eficácia ($\alpha=0,72$) e Satisfação Parental ($\alpha=0,75$). Apesar de tal instrumento ser uma referência no campo da avaliação da competência parental (JONES; PRINTZ, 2005; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015), os estudos brasileiros acerca dessa medida ainda são ausentes. Portanto, nesse estudo, tem-se o objetivo de adaptar a medida para o contexto brasileiro, apresentar o poder discriminativo dos itens e apresentar evidências exploratórias de validade e precisão

b) Escala de Estresse Parental –EEPa (*Parental Stress Scale*). Proposta por Berry e Jones (1995) tem o objetivo de medir o nível de estresse vivenciado por pais e mães de filhos (menores de 18 anos), especificamente o produzido pelo papel parental. Apesar de sua relevância, no Brasil, apenas um estudo acerca das suas propriedades psicométricas foi encontrado (BRITO; FARO, 2017), que organizou a escala em 16 itens e dois fatores, a saber: Satisfação parental (“*Eu estou feliz no meu papel de mãe*”) e Estressores parentais (“*A principal fonte de estresse na minha vida é o meu filho (a)*”). Os coeficientes de consistência interna encontrados foram de 0,69 e 0,79, respectivamente. Após a inversão dos itens 01, 03, 04, 05, 06, 15 e 16, O escore final da escala é produzido pela soma dos itens. Quanto mais alto o escore, maior o estresse parental.

Dado o caráter específico da amostra dessa tese (mães com filhos entre 3 e 7 anos), reconheceu-se a necessidade de reforçar as características psicométricas e, assim como o PSOC, apresentar o poder discriminativo dos itens e evidências exploratórias de validade e precisão acerca da medida. Para tanto, foi utilizada a versão adaptada de Brito e Faro (2017).

c) Questionário de capacidades e dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ*): Instrumento de triagem utilizado para avaliar o comportamento de crianças e adolescentes da faixa etária de 3 a 16 anos (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN *et al.*, 2000). Possui três versões, uma para ser respondida pelos pais e/ou professores e uma pela própria criança (entre 11 e 16 anos, dependendo do nível de alfabetização). Neste estudo, foi utilizada apenas a versão voltada para pais, a qual, em sua versão original, contempla 4 fatores que avaliam dificuldades, a saber: Escala de Sintomas Emocionais (“*Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso*”); Escala de Problemas de Conduta (“*Frequentemente tem*

acessos de raiva ou crises de birra”); Escala de Hiperatividade (“*Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos*”); Escala de Problema de Relacionamento com os Colegas (“*Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta*”); e um fator que avalia capacidades, denominado Escala de Comportamento Pró-social (“*Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas*”). Cada fator é composto por cinco itens, formando um total de 25 itens. As respostas são dadas em uma escala de 3 pontos, em que 2 corresponde à “*verdadeiro*”, 1 corresponde à “*mais ou menos verdadeiro*” e 0 corresponde à “*falso*”. A pontuação total de dificuldades é dada pela soma dos resultados de todas as escalas, com exceção da escala de comportamentos pró-sociais, podendo variar de 0 a 40 pontos. É necessário que no mínimo 12 dos 20 itens estejam respondidos para que se possa considerar o resultado. A versão utilizada nesse estudo foi a versão adaptada para o Brasil e encontra-se disponível em: <http://www.sdqinfo.org/>.

Nos estudos psicométricos acerca da escala, diferentes estruturas fatoriais foram encontradas (2 a 5 fatores) e os valores dos alfas de *Cronbach* para a versão dos pais, variaram entre 0,59 a 0,88 (SAUR *et al.*, 2012). No Brasil, apesar de bastante utilizado, os estudos sobre sua estrutura fatorial e precisão ainda são incipientes (SAUR *et al.*, 2012). Portanto, nesse estudo, serão apresentadas evidências acerca do poder discriminativo dos itens, validade e precisão. Além desses parâmetros, dada a necessidade de se estabelecer um ponto de corte para triagem das participantes com perfil de intervenção nos estudos posteriores (Estudo 2 e 3), também foram estabelecidas normas baseadas em quartis.

d) Inventário de Estilos Parentais – IEP (GOMIDE, 2011): instrumento com parecer favorável no Conselho Federal de Psicologia (CFP) que avalia como algumas práticas utilizadas pelos pais podem promover o desenvolvimento de comportamentos antissociais ou pró-sociais (GOMIDE, 2003, 2011). O instrumento dispõe de três questionários, dois referentes às práticas parentais dos pais e das mães respondidos pelo filho (a) e uma versão respondida pelo próprio pai, mãe ou responsável. Nesse estudo, será utilizada apenas a versão respondida pelo responsável. Para isso, são utilizados 42 itens (GOMIDE, 2011), abordando cinco estilos parentais negativos, como: abuso físico (ex. “*Bato com cinta ou outros objetos nele(a)*”), punição inconsistente (ex. “*Quando estou nervoso(a), acabo descontando no meu filho(a)*”), disciplina relaxada (ex. “*Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada*”), monitoria negativa (“*Se meu filho(a) estiver aborrecido(a), fico insistindo para contar o que aconteceu, mesmo que ele(a) não queira contar*”) e negligência (ex. “*Meu filho(a) fica sozinho em casa a maior parte do tempo*”); e dois positivos, como: monitoria positiva (ex. “*Pergunto como foi seu dia na escola e ouço atentamente*”) e comportamento moral

(ex. “*Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a)*”). As respostas são dadas em uma escala de 3 pontos, em que 2 pontos equivalem a “sempre”, 1 equivale a “às vezes” e 0 equivale a “nunca”. O resultado é dado pela subtração da soma das práticas positivas pela soma das negativas, resultando no índice de estilos parentais (GOMIDE, 2003, 2011). Nos estudos psicométricos realizados no Brasil, os alfas de *Cronbach* para cada um dos fatores indicaram coeficientes razoáveis de consistência interna, variando de 0,47 (monitoria negativa) a 0,82 (abuso físico) no IEP materno (GOMIDE, 2011).

e) Questionário Sociodemográfico: abordou questões referente à participante como idade, gênero, religião, escolaridade, estado civil, renda bem como questões relacionadas ao perfil da criança consideradas ao responder. As demais questões podem ser encontradas no ANEXO A.

5.1.3 Procedimentos

As mães participantes da pesquisa foram provenientes da população geral de Fortaleza e foram recrutadas por meio de amostragem bola de neve, em que, a partir da indicação de uma rede de colaboradores, eram convidadas a participar da pesquisa. Os questionários foram respondidos individualmente e aplicados por pesquisadores treinados em locais que variavam conforme a disponibilidade dos participantes (ex. casa do participante, faculdade, etc). Não obstante a diversidades dos lugares, era assegurado que o ambiente de aplicação resguardasse condições físicas minimamente adequadas (luminosidade, temperatura) e sem interferência de terceiros.

Na ocasião, foram apresentados os objetivos da pesquisa e, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (ANEXO B), foi assegurado às participantes o caráter confidencial de suas respostas e esclarecidas todas as eventuais dúvidas, apresentando um endereço onde as mesmas poderiam obter informações adicionais e sobre os resultados finais do estudo. Vale ressaltar que todos os questionários aplicados foram previamente autorizados pelos autores. Atendendo ao disposto na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, ressalta-se que o estudo foi aprovado (ANEXO C) pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (número do parecer: 2.583.150).

5.1.4 Análise Dos Dados

As análises foram efetuadas por meio do pacote estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21. Além das estatísticas descritivas (medidas de tendência central e de dispersão, verificou-se a adequação da matriz de dados correspondente a fim de se realizar uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), considerando o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. Com o objetivo identificar a estrutura fatorial das medidas, foram realizadas Análises de Componentes Principais, considerando os critérios de Kaiser, Cattell e Horn (Análise Paralela) e, em seguida, foi calculada a consistência interna (alfa *de Cronbach*) para os componentes resultantes. Adicionalmente, foram efetuados os cálculos do poder discriminativo dos itens e das correlações item-totais a fim de verificar quanto cada item das medidas consegue diferenciar as pontuações dos sujeitos e sua homogeneidade frente ao conjunto de itens, respectivamente. Por fim, para verificar a relação entre as variáveis pesquisadas, foram realizadas correlações *r* de *Pearson*.

5.2 Resultados

A fim de sistematizar a apresentação, a descrição dos resultados será apresentada em quatro subseções, a saber: 1) Escala de Senso de Competência Parental (PSOC), 2) Escala de Estresse Parental e 3) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e 4) Correlatos do comportamento antissocial infantil.

5.2.1 Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)

a) Adaptação

Antes da coleta de dados, foi necessário submeter a PSOC a um processo de tradução e adaptação, o qual tem o objetivo de diminuir os vieses da cultura da qual o instrumento original provém (PASQUALI *et al.*, 2010). Para tanto, utilizou-se a técnica do *backtranslation*, recomendada pela literatura pois dificulta o viés de um dos tradutores da versão preliminar (PASQUALI *et al.*, 2010). Inicialmente, contou-se com a participação de dois pesquisadores bilíngues para traduzirem os itens da escala para o português, formando, assim, duas versões preliminares e independentes entre si. Em seguida, confeccionou-se uma síntese das duas

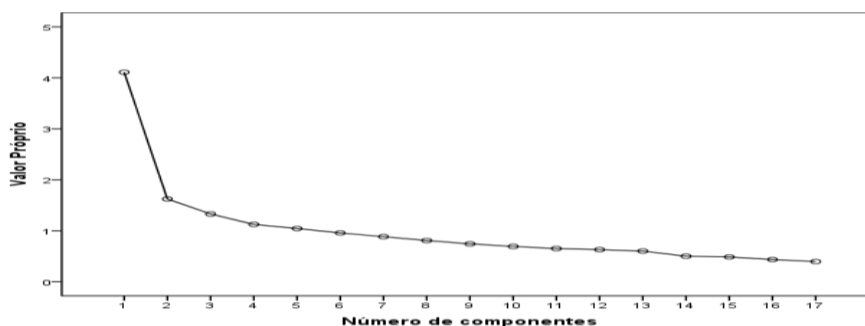
versões que foi encaminhada para avaliação de um comitê de experts (5 pesquisadores-psicólogos com afinidade com a área temática da pesquisa) e para uma amostra da população alvo, cuja função foi averiguar a compreensão, clareza e relevância dos itens (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). A linguagem dos itens, por ter sido originalmente traduzida do inglês, apresentava conteúdos que não faziam referência direta à parentalidade e, portanto, foram inseridas expressões como “ser mãe” e “como mãe”. Após essa etapa, seguiu-se o processo de retrotradução, contando com outros dois pesquisadores bilíngues. As versões, então, foram comparadas com a original e as adaptações necessárias foram feitas a fim de se obter uma versão mais apropriada do instrumento em português.

b) Estrutura Fatorial e Precisão

Inicialmente, para se verificar a estrutura fatorial da PSOC, a fatorabilidade da matriz de dados foi confirmada por meio do $KMO = 0,80$ e do *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(120) = 664,238$; $p < 0,001$ (TABACHNICK; FIDEL, 2001). Após essa etapa, buscou-se conhecer o número possível de componentes a serem extraídos, a partir dos critérios de Kaiser, de Cattell e de Horn (Análise Paralela), esses dois últimos identificados como mais robustos (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004; HAIR *et al.*, 2009).

Para tanto, utilizando os 17 itens da escala, foi realizada uma análise de componentes principais, sem estabelecer rotação e sem fixar o número de fatores a extrair. Uma primeira solução, com base nos valores próprios (*eigenvalue*) iguais ou superiores a um (critério de Kaiser), indicou a possibilidade de extrair até cinco componentes que, conjuntamente, explicaram 54,28% da variância total. Como o critério de Kaiser superestima o número de componentes (HAIR *et al.*, 2009), procurou-se avaliar os demais critérios. No critério de Cattell (scree plot) foi identificada a possibilidade de extração de dois fatores (ver Figura 2)

Figura 2- *Scree Plot* (PSOC)



Fonte: dados da pesquisa

Embora o critério de Cattell seja bastante utilizado, a literatura tem destacado seu caráter subjetivo e ambíguo (DAMASIO, 2012). Portanto, para dirimir possíveis dúvidas, optou-se por também utilizar a Análise Paralela (critério de Horn), em que se assumiram os parâmetros do banco de dados original (214 participantes e 17 variáveis) com 1000 simulações. Cada valor observado maior que o valor médio resultante das matrizes aleatórias indica a existência de um fator. Os resultados também apontaram uma opção de dois fatores, conforme pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4-Análise Paralela para os itens da PSOC

Valores Observados	Valores simulados	Percentis
4,11	1,52	1,62
1,62	1,41	1,48
1,32	1,33	1,39
1,12	1,25	1,31
1,04	1,19	1,24
0,96	1,13	1,18
0,88	1,08	1,12
0,81	1,02	1,07
0,74	0,97	1,01
0,69	0,93	0,97
0,65	0,88	0,92
0,60	0,83	0,87
0,50	0,78	0,82
0,49	0,73	0,78
0,43	0,68	0,73
0,40	0,63	0,68
0,39	0,57	0,62

Fonte: dados da pesquisa

Em função desses resultados, optou-se por efetuar uma nova análise de componentes principais, fixando a extração de dois fatores e utilizando rotação *varimax*. Os resultados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5- Estrutura Fatorial da PSOC

Conteúdo dos Itens	Componente		h ²
	I	II	
01.Eu já aprendi que os problemas que se tem ao cuidar de filhos são facilmente resolvidos quando se sabe como minhas ações afetam a criança.	0,09	0,58*	0,35

07.Ser mãe é algo possível de administrar e qualquer problema pode ser facilmente resolvido.	0,29	0,54*	0,37
10.Superei minhas expectativas em ser mãe pela experiência em cuidar do meu filho.	0,09	0,60*	0,40
11.Se alguém pode descobrir o que está incomodando meu filho, essa pessoa sou eu.	0,16	0,64*	0,44
13.Considerando o tempo desde que me tornei mãe, posso dizer que estou bem familiarizada com esse papel.	0,21	0,65*	0,47
15.Eu acredito que tenho todas as habilidades necessárias para ser uma boa mãe.	0,21	0,49*	0,29
17. Ser uma boa mãe é algo gratificante por si só.	0,13	0,51*	0,28
02.Embora ser mãe possa ser gratificante em alguns momentos, atualmente me sinto frustrada.**	0,67*	0,05	0,44
03.Como mãe, eu durmo e acordo sentindo que não alcancei muitas coisas na vida.**	0,67*	0,12	0,45
04. Não sei porquê, mas sinto que estou sendo manipulada pelo meu filho, quando eu deveria estar no controle.**	0,36	0,22	0,18
05.Minha mãe estava mais preparada para ser uma boa mãe do que eu.**	0,53*	0,29	0,36
06. Eu seria um exemplo para uma pessoa que quer aprender como ser uma boa mãe.	0,40*	0,27	0,23
08. A maior dificuldade em ser mãe é não saber se você está fazendo um bom ou um mal trabalho.	0,28	0,09	0,08
09.Sinto que não estou conseguindo atingir meus objetivos como mãe.**	0,62*	0,27	0,46
12.Meus talentos e interesses estão relacionados com outras áreas, mas não em ser mãe.**	0,60*	0,14	0,38
14.Se a função de mãe fosse um pouco mais interessante, eu ficaria motivada em fazer um melhor trabalho.**	0,46*	0,22	0,26
16.Ser mãe é algo que me deixa tensa e ansiosa.**	0,56*	0,12	0,33
Número de Itens	10	7	
Valor Próprio	4,11	1,62	
% Variância Total explicada	24,18	9,54	
Alfa de Cronbach	0,74	0,70	

Nota: * carga fatorial considerada satisfatória $\geq |0,40|$; ** itens invertidos Fonte: dados da pesquisa

Como se verifica, a estrutura de dois fatores (17 itens) explicou 33,77% da variância total; o primeiro fator nomeado como Satisfação, reuniu 10 itens. Este apresentou valor próprio de 4,11 explicando 24,18% da variância total; sua consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,74. O segundo componente, denominado de Eficácia, reuniu sete itens, com valor próprio de 1,62, correspondendo à explicação de 9,54% da variância total e consistência interna de 0,70. O alfa de Cronbach total da escala foi de 0,79. Quase todos os itens apresentam saturações dentro do que foi estabelecido como satisfatório, isto é, carga fatorial igual ou superior a $|0,40|$, exceto o item 4 e 8. No entanto, optou-se por mantê-los no fator Satisfação, tal como proposto em sua versão original e análises adicionais (poder discriminativo e correlação item-total) foram feitas a fim de dirimir possíveis dúvidas.

c) Poder discriminativo e correlação item-total

O poder discriminativo dos itens foi estabelecido por meio de grupos critérios internos, considerando os participantes cujas pontuações totais se localizaram abaixo e acima da mediana empírica na PSOC (Md= 74), chamando-os, respectivamente, de grupo critério inferior e superior. Mediante o uso do teste *t*, foram comparadas as médias dos dois grupos para cada um dos itens, com o objetivo de verificar em que medida estes conseguem diferenciar os respondentes com pontuações próximas. Nessas análises, constatou-se que quase todos itens da PSOC (exceto item 8) apresentam poder discriminativo satisfatório ($p < 0,001$) quando comparados em função dos grupos critério.

Em seguida, efetuaram-se cálculos das correlações item-total corrigidas e do alfa de *Cronbach*, observando seus valores em função da exclusão de itens com baixa homogeneidade. Os resultados indicaram correlações item-totais que variaram entre 0,11 e 0,55. Apenas o item 8 (“*A maior dificuldade em ser mãe é não saber se você está fazendo um bom ou um mal trabalho*”) apresentou valores abaixo do limite aceitável recomendado na literatura ($r_{i.t} < 0,20$; CLARK; WATSON, 1995). No entanto, como sua exclusão não afetava o valor total do alfa de *Cronbach*, recomendou-se sua permanência no instrumento. Os resultados destas análises, com base na versão de dois fatores encontrada, são resumidos na Tabela 6.

Tabela 6- Poder discriminativo e correlação item-total da PSOC

Item	Grupo Inferior		Grupo Superior		<i>t</i>	$r_{i.t}$	Precisão**
	M	DP	M	DP			
Fator 1 (Satisfação) $\alpha= 0,74$							
09	3,45	1,18	5,09	1,08	-10,44*	0,55	0,77
05	3,95	1,52	5,16	1,23	-6,31*	0,48	0,77
03	3,38	1,49	5,22	1,31	-9,49*	0,47	0,77
12	4,25	1,31	5,53	0,89	-8,53*	0,44	0,78
16	3,31	1,38	4,47	1,51	-5,78*	0,41	0,77
14	4,46	1,34	5,50	1,13	-6,09*	0,39	0,77
02	3,01	1,46	4,62	1,65	-7,42*	0,38	0,78
06	4,25	1,05	4,88	0,92	-7,59*	0,37	0,78
04	4,60	1,41	5,59	0,93	-6,05*	0,32	0,78
08	2,66	1,26	3,00	1,49	-1,80	0,11	0,79
Fator 2 (Eficácia) $\alpha= 0,70$							
13	4,60	1,01	5,57	0,79	-4,34*	0,47	0,78
07	3,47	1,45	4,82	1,11	-4,29*	0,45	0,77
15	4,36	1,09	5,14	0,93	-5,54*	0,37	0,78

10	4,23	1,11	4,87	1,05	-4,29*	0,35	0,78
01	4,43	0,99	5,03	1,02	-4,34*	0,34	0,78
17	4,69	1,22	5,55	0,92	-5,83*	0,34	0,78
11	4,69	1,12	5,20	1,09	-3,35*	0,20	0,79

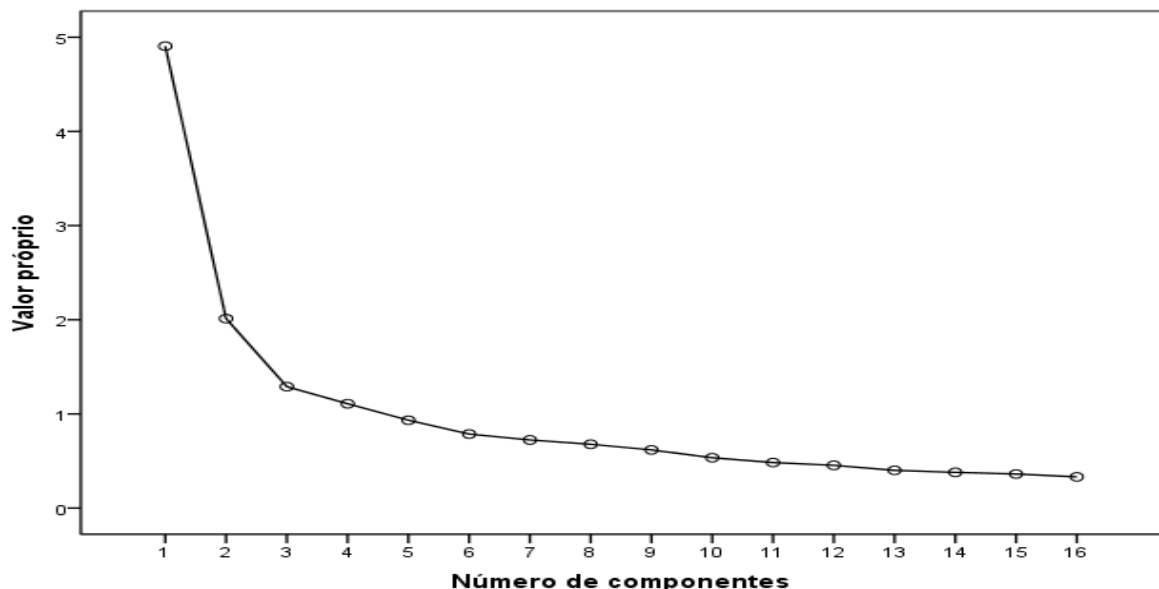
Nota: M = média; DP = desvio padrão; ri.t = correlação item total corrigida; * $p < 0,001$; **precisão total do instrumento caso o item seja removido. Fonte: dados da pesquisa

5.2.2 Escala de Estresse Parental (EEPA)

a) Estrutura Fatorial e Precisão

A princípio, também foi averiguada a adequabilidade da matriz de dados para realização de uma Análise de Componentes Principais. Para tanto, observaram-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,85) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($120) = 1019,966$ ($p < 0,001$), cujos resultados indicaram a pertinência da matriz para efetuar as análises. Em seguida, foi analisado o número possível de fatores a serem extraídos da matriz. Nessa etapa, no critério de Kaiser (ou *eigenvalue* superior a 1), o resultado indicou ser possível a extração de quatro fatores; no *scree plot* (Figura 3) apontou a possibilidade de extrair três fatores; e na análise paralela (214 participantes, 16 variáveis com 1000 simulações) se indicou a extração de dois fatores da matriz de dados original (Tabela.7).

Figura 3- Scree Plot *EEPa*



Fonte: dados da pesquisa

Tabela 7-Análise Paralela EEPa

Valores Observados	Valores simulados	Percentis
4,90	1,49	1,60
2,01	1,39	1,46
1,29	1,31	1,37
1,10	1,24	1,29
0,93	1,17	1,22
0,78	1,11	1,16
0,72	1,05	1,09
0,67	1,00	1,04
0,61	0,95	0,99
0,53	0,90	0,94
0,48	0,85	0,89
0,45	0,80	0,84
0,40	0,75	0,79
0,37	0,70	0,75
0,36	0,65	0,69
0,33	0,58	0,64

Fonte: dados da pesquisa

A partir do resultado indicado no último critério, optou-se por realizar uma Análise Fatorial (rotação *varimax*) com 2 fatores fixos. A solução final, composta por 16 itens e dois fatores explicou 43,23% da variância total e apresentou alfa de *Cronbach* de 0,84. O primeiro fator, denominado Tensão Parental, reuniu 8 itens, explicou 30,66% da variância e apresentou alfa de *Cronbach* de 0,76; o segundo fator, chamado Prazer Parental, configurou-se em 8 itens, explicou 12,57% e obteve alfa de 0,81. A maioria dos itens apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,40 em seus respectivos fatores, exceto o item 12. Os detalhes podem ser visualizados na Tabela 8 e mais informações acerca dos itens podem ser visualizados no tópico seguinte.

Tabela 8-Estrutura Fatorial EEPa.

Conteúdo dos Itens	Componente		h ²
	I	II	
02.Cuidar do meu filho(a) às vezes leva mais tempo e energia do que eu tenho para dar.	0,62*	0,02	0,39
07.A principal fonte de estresse na minha vida é o meu filho (a).	0,51*	0,36	0,39
08. Ter filhos deixa pouco tempo e flexibilidade em minha vida.	0,79*	0,05	0,63
09. Ter filhos tem sido um peso financeiro.	0,60*	0,04	0,36
10.É difícil equilibrar diferentes responsabilidades por conta do meu filho(a).	0,60*	0,17	0,39
12.Se eu tivesse que fazer tudo de novo, talvez decidisse não ter filhos.	0,39	0,37	0,29
13.Eu me sinto sobrecarregado (a) pela responsabilidade de ser pai/mãe.	0,74*	0,20	0,59

14. Ter filhos tem significado ter poucas escolhas e pouco controle sobre a minha vida.	0,75*	0,17	0,59
01. Eu estou feliz no meu papel como pai/mãe. **	0,32	0,45*	0,31
03. Eu me sinto próximo do meu filho. **	0,09	0,73*	0,53
04. Eu gosto de passar o tempo com o meu filho(a). **	0,09	0,77*	0,60
05. Meu filho(a) é uma importante fonte de carinho para mim. **	0,03	0,52*	0,27
06. Ter filhos me dá uma visão mais otimista para o futuro. **	0,24	0,49*	0,30
11. O comportamento do meu filho(a) é frequentemente vergonhoso para mim.	0,17	0,58*	0,37
15. Eu estou satisfeito(a) como pai/mãe. **	0,36	0,51*	0,39
16. Eu acho meu filho(a) agradável. **	0,04	0,74*	0,54
Número de Itens	8	8	
Valor Próprio	4,90	2,01	
% Variância Total explicada	30,66	12,57	
Alfa de Cronbach	0,76	0,81	

Nota: * carga fatorial considerada satisfatória $\geq |0,40|$; ** itens invertidos. Fonte: dados da pesquisa

b) Poder discriminativo e correlação item-total

A partir do cálculo da mediana empírica ($Md=14$) e mediante o uso do teste t de Student foi observado o poder discriminativo de cada item da Escala de Estresse Parental (EEPa), versão proposta por Brito e Faro (2017). Nessas análises, constatou-se que todos itens da EEPa apresentaram poder discriminativo satisfatório ($p < 0,001$) quando comparados em função dos grupos-critério. Além disso, os resultados indicaram que as correlações itens-total variaram entre 0,25 e 0,51, apresentando valores dentro limite recomendado na literatura ($r_{i.t} > 0,20$; CLARK; WATSON, 1995). A consistência interna (alfa de Cronbach) do instrumento, se cada item for deletado, variou de 0,82 a 0,84. Os resultados destas análises, a partir da versão de dois fatores, estão resumidos na Tabela 9.

Tabela 9- Poder discriminativo e correlação item-total da EEPa

Item	Grupo Inferior		Grupo Superior		t	$r_{i.t}$	Precisão**
	M	DP	M	DP			
Fator 1 (Tensão Parental) $\alpha=0,76$							
08	1,10	1,12	2,61	1,00	-1,51*	0,51	0,82
14	0,52	0,74	1,80	1,12	-1,28*	0,50	0,82
13	0,55	0,76	2,15	1,20	-11,54*	0,47	0,82
07	0,21	0,53	1,26	1,07	-1,05*	0,37	0,83
12	0,11	0,42	0,77	1,05	-0,66*	0,37	0,83
10	1,15	1,15	2,35	1,00	-1,20*	0,36	0,83
02	2,05	1,29	3,15	0,79	-1,09*	0,27	0,83
09	0,72	1,03	1,82	1,09	-1,10*	0,25	0,83
Fator 2 (Prazer Parental) $\alpha=0,81$							
04	0,09	0,33	0,49	0,66	-5,57*	0,47	0,83
16	0,11	0,31	0,39	0,70	-7,41*	0,42	0,84

03	3,06	0,49	0,59	0,73	-4,56*	0,41	0,84
15	0,30	0,62	0,99	0,90	-6,36*	0,37	0,83
06	0,18	0,54	0,23	0,96	-5,55*	0,34	0,83
11	0,16	0,36	0,90	1,00	-0,74*	0,34	0,83
01	3,53	0,50	0,85	0,73	-5,76*	0,31	0,83
05	0,06	0,23	0,23	0,52	-3,09*	0,30	0,84

Nota: M = média; DP = desvio padrão; *ri.t* = correlação item total corrigida; * $p < 0,001$; **precisão do instrumento caso o item seja removido. Fonte: dados da pesquisa

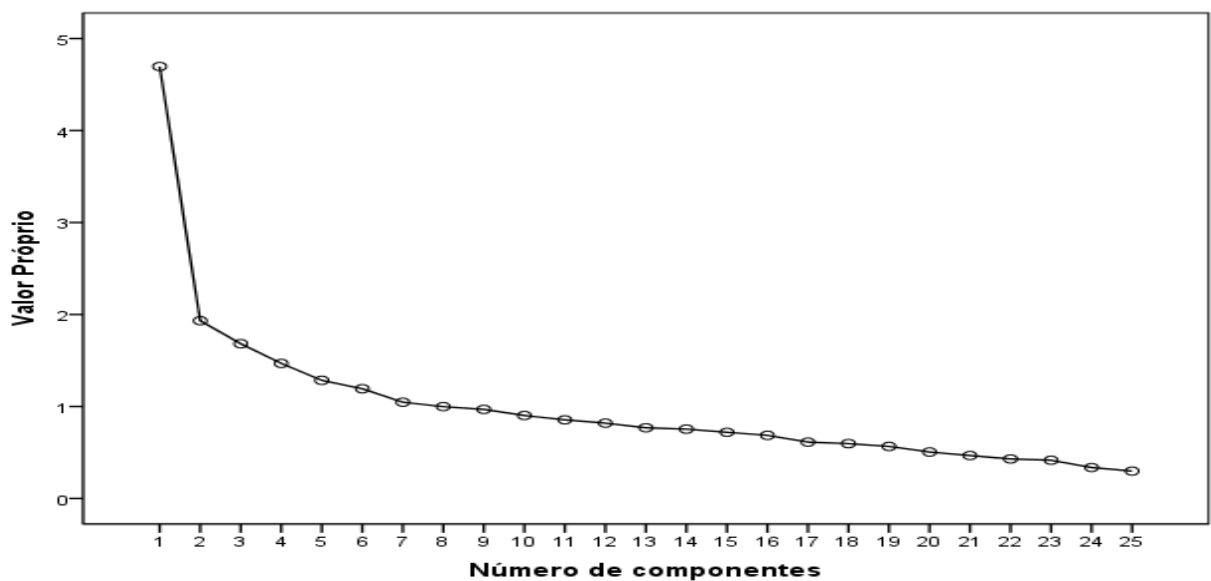
5.2.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

a) Estrutura Fatorial e Precisão

Os resultados demonstraram a adequação da matriz para realizar uma análise de componentes principais, apresentando $K.M.O. = 0,78$ e teste de esfericidade de Bartlett, significativo [$\chi^2 (300) = 1019,725$; $p=0,001$]. Em função desse resultado, efetuou-se uma análise dos componentes principais, com rotação *Varimax*, sem fixar o número de fatores a ser extraído.

Observando o critério de Kaiser, constatou-se a possibilidade de extrair até sete fatores da matriz. Contudo, o critério de Cattell (*Scree plot*) indicou a possibilidade de se extrair dois fatores (Figura 4) e o da Análise Paralela (214 participantes, 25 variáveis com 1000 simulações) apontou a possibilidade de se extrair até 4 fatores (Tabela 10).

Figura 4- *Scree Plot* SDQ



Fonte: dados da pesquisa

Tabela 10- Análise Paralela SDQ

Valores Observados	Valores simulados	Percentis
4,69	1,68	1,79
1,93	1,57	1,65
1,68	1,48	1,55
1,47	1,41	1,47
1,28	1,35	1,40
1,19	1,29	1,34
1,04	1,24	1,28
0,99	1,19	1,23
0,96	1,14	1,18
0,90	1,09	1,13
0,88	1,04	1,08
0,81	1,00	1,04
0,76	0,96	1,00
0,75	0,92	0,96
0,72	0,88	0,92
0,68	0,84	0,87
0,61	0,80	0,84
0,59	0,76	0,80
0,56	0,72	0,76
0,50	0,69	0,73
0,46	0,65	0,69
0,43	0,61	0,65
0,41	0,57	0,61
0,33	0,52	0,56
0,29	0,47	0,52

Fonte: dados da pesquisa

Com base nesses critérios, optou-se por realizar nova análise de componentes principais, fixando a extração de quatro fatores. Estes explicaram, em conjunto, 39,11% da variância total e foram nomeados de: Hiperatividade (5 itens), Comportamentos Antissociais (7 itens), Problema de Relacionamento (7 itens) e Problema Emocionais (6 itens). Estes fatores apresentaram os seguintes índices de consistência interna (alfa de *Cronbach*), a saber: 0,72, 0,70, 0,57 e 0,54, respectivamente. A consistência total do instrumento foi de 0,80. A maioria dos itens apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,40 em seus respectivos fatores, exceto os itens 01, 19 e 13, 21, 22. Entretanto, dada a sua importância para a composição do instrumento, os itens foram mantidos, realocados nos fatores com base na literatura. Os resultados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11- Estrutura Fatorial do SDQ

Conteúdo dos Itens	Componente				h ²
	I	II	III	IV	
02.Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas.	0,72*	0,27	0,14	0,14	0,64
10.Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	0,55*	0,15	0,24	0,32	0,49
15.Facilmente perde a concentração.	0,80*	0,03	0,20	0,05	0,68
25.Completa as tarefas que começa, tem boa concentração. **	0,72*	0,05	0,32	0,07	0,64
21.Pensa nas coisas antes de fazê-las.	0,38	0,37	0,24	0,21	0,39
04.Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças.**	0,21	0,57*	0,23	0,02	0,38
05. Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	0,35	0,56*	0,09	0,26	0,51
07.Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem. **	0,34	0,58*	0,12	0,03	0,48
12. Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta.	0,05	0,60*	0,06	0,04	0,37
17. É gentil com crianças mais novas. **	0,04	0,47*	0,27	0,22	0,35
18.Frequentemente engana ou mente.	0,06	0,65*	0,07	0,16	0,45
22.Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	0,12	0,17	0,30	0,07	0,14
06.É solitário, prefere brincar sozinho.	0,11	0,00	0,49*	0,32	0,36
09.Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal. **	0,16	0,32	0,42*	0,01	0,30
11. Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.**	0,08	0,10	0,49*	0,09	0,26
14.Em geral, é querido por outras crianças.**	0,25	0,16	0,52*	0,20	0,40
20.Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças). **	0,03	0,32	0,54*	0,06	0,39
01.Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas. **	0,14	0,29	0,32	0,23	0,26
19.Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no.	0,10	0,02	0,36	0,33	0,25
03. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo.	0,17	0,26	0,15	0,48*	0,36
08.Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	0,19	0,09	0,09	0,55*	0,35
16. Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo.	0,18	0,00	0,39	0,40*	0,34
23.Se dá melhor com adultos do que com outras crianças.	0,11	0,10	0,15	0,43*	0,23
24.Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	0,22	0,06	0,18	0,70*	0,57
13.Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	0,17	0,13	0,09	0,37	0,19
Número de Itens	5	7	7	6	
Valor Próprio	4,69	1,93	1,68	1,47	
% Variância Total explicada	18,78	7,73	6,73	5,87	
Alfa de Cronbach	0,72	0,70	0,57	0,54	

Nota:* carga fatorial considerada satisfatória $\geq |0,40|$; ** itens invertidos; Fonte: dados da pesquisa

b) Poder discriminativo e correlação item-total

Com o objetivo de obter mais informações sobre os itens do instrumento, também foi realizada a avaliação do poder discriminativo e correlação item-total. No cálculo do poder discriminativo ($Md=10$) de cada item do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), a maioria dos itens do SDQ apresentaram poder discriminativo satisfatório ($p < 0,05$) exceto os itens 08 e 11. No que se refere às correlações itens-total, os valores variaram entre 0,03 e 0,49, sendo que os itens 8,11,22 e 23 apresentaram valores abaixo do recomendado pela literatura ($r_{i.t} < 0,20$; CLARK; WATSON, 1995). Dada a relevância teórica de tais itens e por suas exclusões não influenciarem o alfa de *Cronbach*, recomendou-se mantê-los na medida. Os resultados, com base na versão de quatro fatores, podem ser vistos na Tabela 12.

Tabela 12- Poder discriminativo do SDQ

Item	Grupo Inferior		Grupo Superior		<i>t</i>	$r_{i.t}$	Precisão**
	M	DP	M	DP			
Fator 1 (Hiperatividade) $\alpha=0,74$							
02	0,36	0,53	1,20	0,75	-9,11*	0,47	0,78
15	0,45	0,56	1,16	0,70	-7,79*	0,46	0,78
25	0,32	0,49	1,02	0,68	-8,31*	0,44	0,78
10	0,29	0,56	1,04	0,84	-7,40*	0,36	0,79
21	0,60	0,55	1,03	0,59	-5,39*	0,34	0,79
Fator 2 (Comportamentos Antissociais) $\alpha=0,70$							
05	0,40	0,55	1,16	0,69	-8,40*	0,49	0,78
07	0,21	0,41	0,82	0,62	-8,18*	0,47	0,78
18	0,10	0,30	0,54	0,59	-6,71*	0,41	0,79
17	0,04	0,20	0,26	0,47	-4,39*	0,37	0,79
04	0,31	0,46	0,69	0,64	-4,73*	0,34	0,79
12	0,07	0,30	0,32	0,53	-4,08*	0,29	0,79
22	0,01	0,10	0,07	0,25	-2,12**	0,13	0,80
Fator 3 (Problemas de Relacionamento) $\alpha=0,57$							
14	0,01	0,10	0,21	0,41	-4,69*	0,44	0,79
01	0,01	0,10	0,28	0,47	-5,68*	0,39	0,79
09	0,16	0,40	0,49	0,59	-4,62*	0,34	0,79
19	0,22	0,47	0,61	0,74	-4,36*	0,29	0,79
20	0,23	0,43	0,55	0,62	-4,16*	0,29	0,79
06	0,16	0,40	0,34	0,64	-2,44**	0,23	0,79
11	0,09	0,35	0,17	0,49	-1,35	0,11	0,80
Fator 4 (Problemas Emocionais) $\alpha=0,54$							
24	0,37	0,67	1,94	0,69	-6,29*	0,44	0,78
16	0,64	0,58	1,09	0,77	-4,57*	0,34	0,79
03	0,27	0,53	0,84	0,79	-6,03*	0,31	0,79
13	0,04	0,20	0,22	0,48	-3,34*	0,29	0,79
23	0,34	0,54	0,67	0,71	-3,64*	0,19	0,80
08	0,35	0,62	0,42	0,64	-0,79	0,03	0,80

Nota: M = média; DP = desvio padrão; $r_{i.t}$ = correlação item total corrigida; * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$
 **precisão do instrumento caso o item seja removido; Fonte: dados da pesquisa

c) *Normalização*

Adicionalmente, com o propósito de observar o desempenho das pessoas que constituíram a amostra pesquisada e estabelecer um perfil do grupo, foram estabelecidas as normas baseadas em quartis para o SDQ. Além da pontuação total no instrumento, a elaboração das normas também considerou os quatro fatores sugeridos nesse estudo (Hiperatividade, Comportamento Antissocial, Problemas Emocionais e Problemas de Relacionamento), posicionando-os nos 1º (25%), 2º (50%) e 3º (75%) quartis. Na pontuação total do SDQ, por exemplo, as normas apontaram que as crianças com pontuações iguais ou acima de 11 pontos podem ser priorizadas em um processo de triagem. Os resultados estão descritos na Tabela 13.

Tabela 13-Normas baseadas em Quartis-SDQ (n=214)

	TOTAL (M=11,0; DP=6,3)	Hiperatividade (M=3,81; DP=2,45)	Comportamento Antissocial (M=2,52; DP=2,09)	Problemas Emocionais (M=3,16; DP=3,00)	Problemas de Relacionamento (M=1,80; DP=1,84)
25%	7	2	1	1	1
50%	11	4	2	3	1
75%	16	5	4	5	2

Fonte: dados da pesquisa

5.2.4 Correlatos do comportamento antissocial infantil

Levando em consideração a nova estrutura encontrada para os instrumentos e a fim de se observar como o comportamento infantil se relaciona com as variáveis parentais, foram realizadas correlações de *Pearson* (Tabela 14) entre a pontuação total do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e o fator comportamento antissocial do SDQ com os instrumentos que avaliam características parentais, a saber: competência parental (PSOC), estresse parental (EEPA) e estilos parentais (IEP).

Tabela 14- Correlação entre as variáveis

	1	2	3	4	5
1.Capacidades e Dificuldades (SDQ TOTAL)	1	0,78*	-0,50*	0,50*	-0,59*
2.Comportamento Antissocial Infantil (Fator SDQ)		1	-0,36*	0,40*	-0,52*
3. Competência Parental (PSOC Total)			1	-0,69*	0,45*
4. Estresse Parental (EEPa Total)				1	-0,42*
5. Estilos Parentais (IEP Total)					1

Nota: *p<0,001; (teste bi-caudal; eliminação por pares de itens em branco). Fonte: dados da pesquisa

Os resultados apontaram que o SDQ Total e o fator comportamento antissocial infantil se correlacionou de modo negativo e significativo com a competência parental ($r = -0,50$; $r = -0,36$ $p < 0,001$, respectivamente) e os estilos parentais ($r = -0,59$, $p < 0,001$; $r = -0,52$, $p < 0,001$) e de modo positivo e significativo com o estresse parental ($r = 0,50$; $p < 0,001$; $r = 0,40$, $p < 0,001$, respectivamente).

No que diz respeito ao relacionamento entre as variáveis parentais, observou-se que a competência parental se relacionou de maneira negativa e significativa com o estresse parental ($r = -0,69$; $p < 0,001$) e de modo positivo e significativo com o índice de estilos parentais ($r = 0,45$; $p < 0,001$). Além disso, também se observou que o estresse parental se relacionou de forma negativa e significativa com o índice de estilo parental ($r = -0,54$; $p < 0,001$).

5.3 Discussão Parcial

O Estudo 1 teve dois objetivos: 1) apresentar as propriedades psicométricas da Escala de Senso de Competência Parental (PSOC), da Escala de Estresse Parental (EEPa) e do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e 2) correlacionar as variáveis que serão utilizadas na intervenção. Sobre os resultados descritos anteriormente, algumas discussões serão apresentadas.

5.3.1 Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)

No que diz respeito à Escala de Senso de Competência Parental (PSOC), confia-se que os resultados encontrados possibilitaram uma adaptação da medida para o Brasil, bem como contribuiu para os estudos de evidência de validade e precisão e, por conseguinte, para a área da avaliação da competência parental em contexto brasileiro. Embora alguns estudos (FERREIRA *et al.*, 2011; GILMORE, CUSKELLY, 2008; ROGERS; MATHEWS, 2004) tenham sugerido a versão de três fatores (Satisfação, Eficácia e Interesse), nesse estudo, a versão de dois fatores (Satisfação e Eficácia) se mostrou mais adequada. Tal estrutura se assemelha à versão encontrada no estudo original (JOHNSTON; MASH, 1989) e em outros contextos (SUWANSUJARID *et al.*, 2013; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015).

Em relação aos itens da PSOC, destaca-se que o item 17 (“*Ser uma boa mãe é algo gratificante por si só*”), embora em algumas pesquisas tenha sido excluído das análises (OHAN; LEUN; JOHNSTON, 2000; ROGERS; MATHEWS, 2004; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015), nesse estudo, além de apresentar poder discriminativo satisfatório ($p < 0,001$), o item

também teve carga fatorial acima do recomendado no Fator Eficácia ($>0,40$) e, portanto, optou-se por sua permanência no instrumento. Recomenda-se que a relevância desse item também seja observada em outros estudos.

Em paralelo a isso, observou-se que o item 8 (*A dificuldade de ser pai/mãe é não saber se está a fazer um bom ou um mau trabalho*”), além de não ter saturado em nenhum fator, também apresentou baixo poder discriminativo e baixa correlação item total. Acerca disso, discute-se a possibilidade de que a interpretação dada pelas mães ao conteúdo do item não tenha se configurado como um elemento que discrimine a competência parental, tal como é operacionalizada pelo instrumento (Satisfação e Eficácia), mas sim uma dificuldade derivada da insegurança/confiança sobre o desempenho parental (FERREIRA *et al.*, 2011). Alguns estudos também já haviam elucidado o caráter problemático do item (FERREIRA *et al.*, 2011; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015). Entretanto, como sua exclusão, não afetava a consistência interna do instrumento, optou-se por mantê-lo nesta versão adaptada.

O item 4 (*“Não sei porquê, mas sinto que estou sendo manipulada pelo meu filho, quando eu deveria estar no controle”*) embora tenha apresentado carga fatorial baixa em ambos os fatores ($<0,40$), ainda assim apresentou poder discriminativo satisfatório, e por isso, dada a sua relevância teórica, optou-se por manter no fator Satisfação, conforme a configuração original do instrumento. Destaca-se ainda que o item 6 (*“Eu seria um exemplo para uma pessoa que quer aprender como ser uma boa mãe”*), diferente da proposta original, saturou no Fator Satisfação, é provável que a interpretação que mais preponderou entre as mães pesquisadas, quando comparada apenas a percepção de seu rendimento/eficácia, foi o sentimento de orgulho frente à função materna. Em outros estudos, sugere-se que essas divergências também sejam observadas.

Em relação à precisão do instrumento, os resultados indicaram um valor de 0,79 para o instrumento como um todo, 0,74 para o fator satisfação e 0,70 para o fator eficácia, valores que se apresentam dentro do recomendado pela literatura ($\alpha \geq 0,70$; NUNNALLY, 1991). Tais resultados também têm sido corroborados em estudos semelhantes, como na versão original de Josh e Mash (1989) que encontrou alfas de 0,79 (total), 0,75 (Satisfação) e 0,76 (Eficácia). Assim, confia-se que os resultados encontrados trazem importantes evidências de validade e precisão para medida em contexto brasileiro.

5.3.2 Escala de Estresse Parental (EEPA)

Sobre a Escala de Estresse Parental (EEPA), verificou-se que a estrutura de dois fatores foi semelhante a que foi encontrada em outros relatos e reuniu bons parâmetros psicométricos de validade e precisão (BRITO; FARO, 2017; ORONOZ; ALONSO-ARBIOL; BALLUERKA, 2007). Entretanto, destaca-se a importância de que novos estudos sejam realizados a fim de se observar a viabilidade de outras estruturas (4 e 5 fatores), tal como já foi encontrada em outros países (ALGARVIO; LEAL; MAROCO, 2018; BERRY; JONES, 1995; LEUNG; TSANG, 2010). Especificamente, nesse estudo, optou-se por renomear os dois fatores encontrados para Tensão parental e Prazer parental, respeitando a proposta teórica de Berry & Jones (1995), o qual discute que o estresse parental é composto por duas facetas (prazer e tensão), em que o prazer abrangeria as recompensas emocionais advindas da parentalidade e a tensão envolveria os aspectos negativos presentes (tempo, gastos e restrições).

Em relação aos itens, é preciso ponderar que, diferente da versão proposta por Brito e Faro (2017), o item 11 (“*O comportamento do meu filho (a) é frequentemente vergonhoso para mim*”) saturou no fator Prazer Parental. Tal aspecto pode ser justificado pelo conteúdo do item, o qual pode ter sido interpretado pelas respondentes como um aspecto de insatisfação emocional frente à função materna como um todo e não como um estressor negativo presente na relação. No que se refere ao item 12 (“*Se eu tivesse que fazer tudo de novo, talvez decidisse não ter filhos*”), ainda que tenha apresentado carga fatorial abaixo de 0,40 em ambos os fatores, dado o caráter exploratório dessa análise, optou-se por mantê-lo no instrumento. Recomenda-se a revisão dessas incongruências em outros estudos. No geral, pondera-se que os resultados encontrados reforçam as qualidades psicométricas da EEPA em contexto brasileiro e amplia as possibilidades para pesquisa e intervenções ligadas ao estresse parental.

5.3.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

As análises correspondentes ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) permitiram observar uma estrutura fatorial de quatro fatores, os quais foram nomeados como: Hiperatividade, Comportamentos Antissociais, Problema de Relacionamento e Problema Emocionais. Nessa nova organização, observou-se que os itens do fator Comportamentos Pró-Sociais (presente na versão original) se agregou como itens invertidos nessa nova versão do instrumento, provavelmente, devido a seu caráter de oposição frente aos demais componentes

avaliados (BROWNELL, 2013). Ademais, destaca-se que se optou por substituir o nome do fator “Problemas de Conduta” (versão original) por “Comportamentos Antissociais”, uma vez que, conforme discutido anteriormente, tal nomenclatura parece ser mais coerente para avaliação desse tipo de comportamento na infância (PACHECO *et al.*, 2005; PATTERSON; REID; DISHION, 2002). Em suma, aponta-se que apesar de diferente da versão originalmente proposta (GOODMAN, 2001), a estrutura de quatro fatores também já foi encontrada em outros estudos (SAUR *et al.*, 2012). Não obstante tais resultados, destaca-se a importância de se explorar a estrutura fatorial do SDQ em novos estudos, uma vez, apesar de bastante utilizado, as pesquisas acerca da medida ainda são incipientes, sobretudo em contexto brasileiro (SAUR *et al.*, 2012).

Avaliando especificamente cada item do SDQ, observou-se que os itens 8 (“*Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo*”) e 11 (“*Tem pelo menos um bom amigo ou amiga*”) apresentaram baixo poder discriminativo e baixa correlação item-total. Sobre isso, pode-se pensar que por se tratar de uma amostra da população geral, composta por crianças de uma faixa etária de 3 a 7 anos, é provável que as mães, por responderem sobre crianças novas e sem dificuldades específicas, podem não ter discriminado as características expressas pelos itens na rotina dos filhos. Paralelo a isso, também se observou que os itens 1, 13, 19, 21 e 22 apresentaram cargas fatoriais abaixo do recomendado (HAIR *et al.*, 2009). Embora as reduções de itens sejam uma alternativa para a superação desse tipo de problema psicométrico, alguns aspectos importantes dos conteúdos dos construtos podem ser perdidos como consequência desse procedimento (PASQUALI *et al.*, 2010). Portanto, optou-se por manter tais itens na composição do instrumento. Entretanto, recomenda-se que a relevância dos itens mencionados também seja observada em amostras clínicas.

No que se refere à precisão, o alfa de *Cronbach* total da escala e dos fatores Hiperatividade e Comportamentos Antissociais foram iguais ou maiores que 0,70, ao passo que o fator Problemas de relacionamento ($\alpha=0,57$) e Problemas emocionais ($\alpha=0,54$) apresentaram valores abaixo do recomendado ($\alpha \geq 0,70$; NUNNALLY, 1991). Tal problema também já foi encontrado em outros estudos (SAUR *et al.*, 2012). A partir disso, discute-se que a possibilidade de que, em criança com a faixa etária de 3 a 7 anos, a discriminação feita pelas mães acerca dos problemas emocionais e dificuldades nos relacionamentos podem não ser tão evidentes como são os comportamentos antissociais ou a hiperatividade e, portanto, podem se configurar como características que são menos percebidas e que geram mais imprecisão na avaliação (BORSA;

NUNES, 2017; RIOS, 2006). Apesar dessas observações, sugere-se que a precisão de tais fatores também seja observada em estudos com amostras de crianças pertencente a faixas etárias semelhantes.

Vale ressaltar que, nos estudos posteriores (Estudo 2 e Estudo 3), dados os seus objetivos, apenas será considerado o fator comportamento antissocial e a pontuação total do SDQ encontradas nesse estudo. Para tanto, foram estabelecidas as normas baseada em quartis (PASQUALI *et al.*, 2010), as quais, embora não representativas da população, possibilitará a triagem dos participantes.

5.3.4 Correlatos do comportamento antissocial infantil

Por fim, foi observada a relação entre o comportamento infantil e as variáveis parentais (estilos parentais, competência parental e estresse parental). Os resultados indicaram que quanto menores são as pontuações em problemas de comportamentos totais e em comportamento antissocial infantil, maiores são as pontuações em competência parental, mais positivos são os estilos parentais e menores são as pontuações em estresse parental apresentadas pelas mães. Entre as variáveis parentais, observou-se que quanto maiores os níveis de competência parental, menores são as pontuações em estresse parental e mais positivos são os estilos parentais das mães; e quanto maiores são as pontuações em estresse parental mais negativos são os estilos parentais.

Sobre isso, discute-se que, embora se trate de um conjunto de correlações, tais resultados, na medida do possível, corroboram o que vem sendo discutido na literatura, em que se aponta que uma melhoria na competência parental tende a tornar mais positivas as práticas parentais, e, por conseguinte, uma relação menos conflituosa entre pai-filho (BELEAN; NĂSTASĂ, 2017; BORNSTEIN; PUTNICK; SUWALSKY, 2018; FERREIRA *et al.*, 2014). Dentro desse contexto, práticas consideradas como negativas, caracterizadas por disciplina rígida e inconsistente, pouca qualidade de vinculação dos pais- filhos e baixo monitoramento das atividades da criança exerceriam função central no desenvolvimento dos comportamentos antissociais (PATTERSON; DEBARYSHE; RAMSEY, 1989; PACHECO *et al.*, 2005). Tais práticas, além de promover estresse nos pais, afetam diretamente o desenvolvimento infantil (BARGAS; LIPP, 2013; STASIAK; WEBER, TUCUNDUVA, 2014). Estudos indicam que pais estressados se utilizam com maior frequência práticas educativas negativas, como abuso físico, negligência e punição inconsistente (GOMIDE *et al.*, 2005; NOGUEIRA; RODRIGUES,

2016), podendo, por meio dessas práticas, se constituir como uma fonte de estresse para a própria criança. Frente às consequências advindas dessas variáveis, destaca-se a importância de se propor estratégias para melhorar as habilidades de lidar com os filhos (BATISTA; WEBER, 2014; BOLSONI-SILVA *et al.*, 2010; RIOS; WILLIAMS, 2008), tal como se propõe essa tese, conforme será apresentado a seguir.

6 ESTUDO 2- ESTUDO PILOTO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO PARENTAL

Antes de proceder para os objetivos finais desta tese, observou-se a necessidade de elaborar e de avaliar uma versão piloto da intervenção a fim de se checar a adequabilidade da proposta para o público-alvo e para o facilitador do projeto, bem como verificar a necessidade de ajustes. Portanto, este estudo tem o objetivo de caracterizar a versão piloto do projeto desenvolvido, bem como apresentar os resultados da avaliação realizada. Um melhor detalhamento acerca do método utilizado pode ser observado a seguir.

6.1 Método

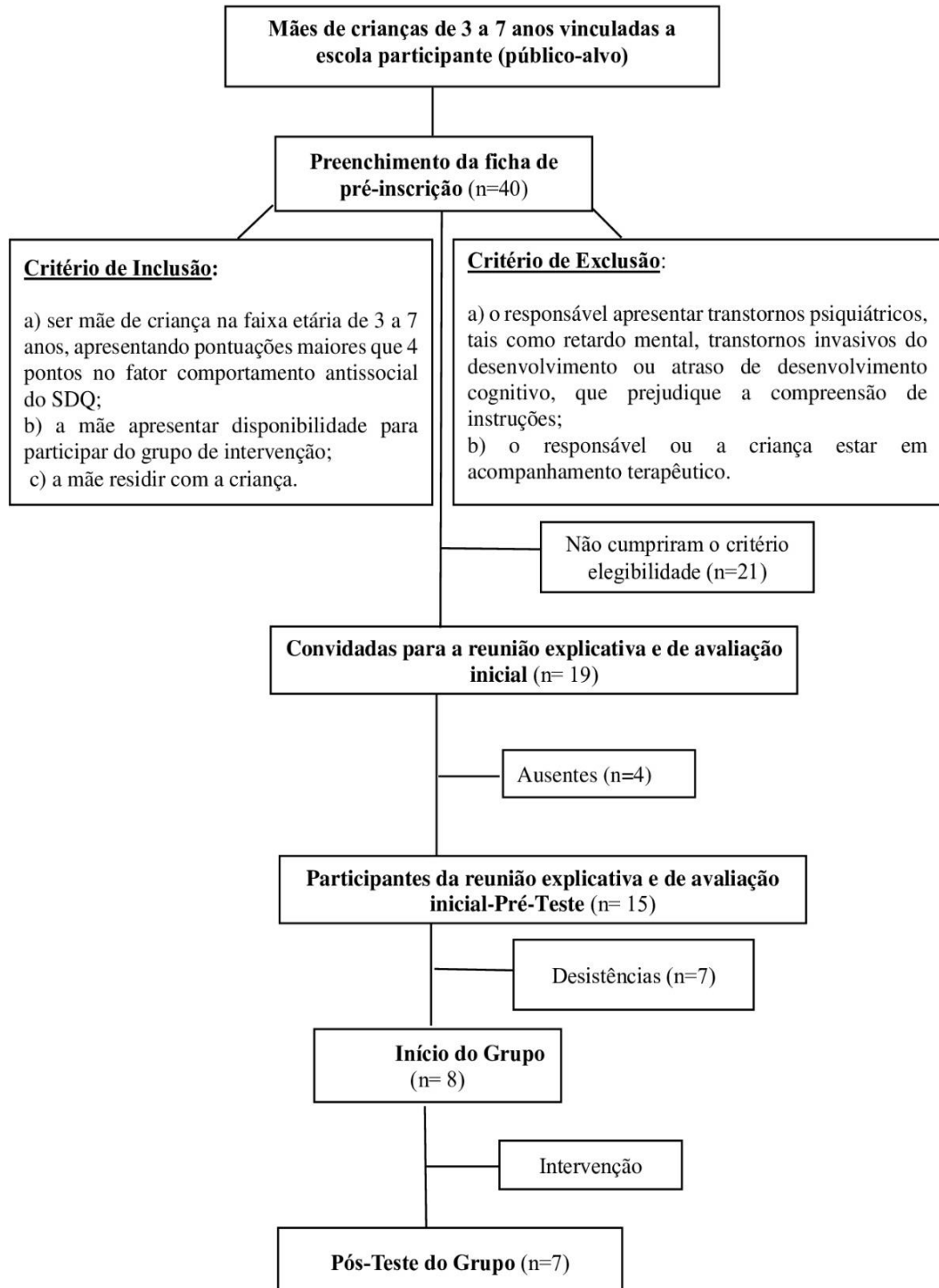
6.1.1 Participantes

Trata-se de uma amostra de mães com filhos matriculados em uma escola pública da cidade de Fortaleza-CE, as quais foram recrutadas por meio do preenchimento de uma ficha de pré-inscrição disponibilizada em uma palestra de divulgação realizada pela responsável por esta pesquisa na escola em questão. Na fase de recrutamento, contou-se com 40 pré-inscritas. Com base nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 19 mães para a etapa de entrevista individual e aplicação do pré-teste.

Os critérios de inclusão foram: 1) ser mãe de criança na faixa etária de 3 a 7 anos, apresentando pontuações maiores que 4 pontos no fator comportamento antissocial do Questionário de Capacidades e Dificuldades do SDQ (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN *et al.*, 2000); 2) a mãe apresentar disponibilidade para participar do grupo de intervenção e 3) a mãe residir com a criança. Os critérios para exclusão foram: as crianças ou responsáveis apresentarem transtornos psiquiátricos, tais como retardo mental, transtornos invasivos do desenvolvimento ou atraso de desenvolvimento cognitivo, que prejudique a compreensão de instruções; os pais ou crianças estarem em acompanhamento terapêutico.

Por meio de contato telefônico, as mães foram agendadas para entrevista. Das 19 mães, apenas 15 efetivamente foram entrevistadas e aceitaram participar da intervenção, quatro não puderam comparecer devido a dificuldades com horário e erros no contato disponibilizado na ficha de inscrição. O processo de triagem das participantes pode ser observado na Figura 5.

Figura 5. Fluxograma das participantes



Fonte: dados da pesquisa

Para a intervenção, oito mães confirmaram presença e sete mães optaram por desistir do processo. Três desistiram devido a incompatibilidade de horário (ex. recebimento de proposta de trabalho no horário da intervenção), duas por causa de dificuldades de deslocamento e duas pensavam que o projeto era exclusivo para a criança.

Desse modo, a versão piloto da intervenção contou com a participação de 8 mães (Tabela 15). A idade das participantes variou de 26 a 46 anos ($M = 35$ anos; $DP = 0,83$). A maioria com ensino médio completo (P2, P3, P4, P6, P8), casadas ou em união estável (P1, P3, P4, P5, P6). O número de filhos de cada participante variou de 1 a 3 filhos. Acerca das crianças-alvos da intervenção, 5 eram do sexo masculino (P2, P4, P6, P7 e P8) e 3 do sexo feminino (P1, P3 e P5), a maioria tinha 7 anos de idade durante o período da intervenção, com exceção de uma com 6 anos de idade (P6).

Tabela 15- Caracterização das participantes e crianças-alvos da intervenção

Participante	Idade	Escolaridade	Situação Conjugal	Número de Filhos	Criança-Alvo/Idade	Criança-Alvo/Sexo
P1	29	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	1	7 anos	F
P2	43	Ensino Médio Completo	Solteira	2	7 anos	M
P3	26	Ensino Médio Completo	Casada	3	7 anos	F
P4	37	Ensino Médio Completo	União estável	2	7 anos	M
P5	29	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	3	7 anos	F
P6	30	Ensino Médio Completo	Casada	1	6 anos	M
P7	46	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	1	7 anos	M
P8	43	Ensino Médio Completo	Solteira	2	7 anos	M

Fonte: dados da pesquisa

6.1.2 Instrumentos

Para avaliação pré e pós-intervenção, foram utilizados: a) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ); b) Inventário de Estilos Parentais- IEP (GOMIDE, 2011); c) Escala de Senso de Competência Parental- PSOC (JOHNSTON; MASH, 1989) e d) Escala de Estresse

Parental- EEPa (BRITO; FARO, 2017). Além desses instrumentos, na avaliação pré-teste, com o objetivo de compreender queixas, dificuldades, variáveis ambientais, familiares e sociais relacionadas foi realizada uma entrevista individual (anamnese). Adicionalmente, fez-se uso de frequência semanal para acompanhar a assiduidade das participantes e registro das observações de cada encontro.

6.1.3 Procedimentos

Inicialmente, foi feito um contato com a direção de uma escola pública da cidade de Fortaleza- CE e, a partir do interesse demonstrado pelos dirigentes, foi solicitada autorização da Prefeitura da cidade para a execução da pesquisa. Após autorização, a proposta de intervenção foi divulgada durante uma reunião de pais (palestra de divulgação) e uma ficha de inscrição foi disponibilizada para as mães interessadas no projeto. Com base nos critérios da pesquisa e nos objetivos da intervenção, foi feita uma seleção das participantes, as quais foram convidadas a participar de três momentos: 1) Avaliação Inicial (Pré-Teste) e 2) Intervenção; 3) Avaliação Final (Pós-Teste). Ressalta-se que as mães foram submetidas a dois momentos de avaliação por questionário: antes e após a intervenção.

A avaliação inicial ocorreu em uma sala de atendimento localizada nas dependências das escolas, foi realizada pela própria pesquisadora e em média 40 minutos foram necessários para cada mãe. Durante esse momento, as mães individualmente foram esclarecidas acerca dos objetivos do projeto e, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), responderam aos instrumentos do pré-teste e a uma triagem inicial (entrevista) e, em que foram feitas perguntas sobre a criança (gestação, problemas de saúde, vida familiar, escolar, lazer) e da mãe (trabalho, dificuldades, rotina, relação com a criança). Na ocasião também foram dirimidas eventuais dúvidas acerca de todos processo, sendo garantido o sigilo, confidencialidade dos dados por parte dos pesquisadores e o direito de abandonar o procedimento a qualquer momento, sem prejuízos.

A intervenção se configurou em sete sessões com duração média de 1 hora e 30 minutos. As sessões ocorreram na escola participante, às segundas e às quartas-feiras no horário de 15 horas 30 minutos às 17 horas do mês de setembro de 2018. Atendendo ao disposto da Resolução 466/2012 e da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, aponta-se que a efetivação desta etapa da pesquisa foi aprovada (ANEXO D) pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (número do parecer: 2.583.150).

6.1.4 Protocolo de intervenção

Com base nos pressupostos acerca do comportamento antissocial infantil discutidos no capítulo 2 e na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), foi elaborada uma versão piloto da intervenção, composta por sete sessões temáticas grupais. Entre os temas trabalhados estavam: O que é um comportamento? Como o comportamento do meu filho influencia a forma que sinto ou penso? Quais as principais consequências empregadas diante do comportamento de uma criança? Como estabelecer regras? Que estratégias podem ser utilizadas para lidar com os comportamentos desejados e indesejados emitidos por uma criança? Quais as principais distorções cognitivas envolvidas na educação dos filhos? Quais as barreiras envolvidas na educação dos filhos? Que estratégias podem ser utilizadas para lidar com as emoções negativas proveniente da relação mãe-filho?

Durante a intervenção, utilizaram-se os seguintes recursos (BECK *et al.*, 2013; RANGÉ, 2011; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008): a) psicoeducação: utilizada para informar/orientar um indivíduo sobre o funcionamento de um diagnóstico, problema, sintoma ou intervenção, facilitando o processo de mudança no contexto em que estão inseridos (BECK *et al.*, 2013; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008); b) “*role-play*”: tipo de dramatização na qual se simulam situações da vida do indivíduo em que ele apresenta algum grau de dificuldade; (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008); c) resolução de problemas: recurso utilizado para ajudar o indivíduo a lidar com um problema a ser resolvido, por meio do reconhecimento de respostas eficazes e tomada de decisões para cada situação (RANGÉ, 2011); d) registro de pensamentos disfuncionais e alternativos: aplicada com objetivo de fazer com que o indivíduo identifique e analise de forma consciente os seus pensamentos, emoções e comportamentos, levando-o a pensar em respostas mais adaptativas (BECK *et al.*, 2013; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008); e) respiração diafrágica: técnica de relaxamento em que se ensina o indivíduo a utilizar a respiração para aliviar as tensões e pensamentos disfuncionais (CORDIOLI, 2008; RANGÉ, 2011). A estrutura das sessões executadas será resumida a seguir.

ENCONTRO 1: Introdução ao comportamento infantil

- **Objetivos:** Apresentar participantes e facilitadora, promover a coesão grupal e fazer a introdução ao comportamento infantil;
- **Atividades/ Procedimentos:**

- a) Apresentação do projeto e facilitadora: A facilitadora deu boas vindas às participantes, fez uma breve apresentação pessoal e revisou os objetivos do programa;
- b) Apresentação das participantes: A partir da escolha de bombons coloridos, formaram-se pares/trios a partir das cores dos bombons e solicitou-se que cada mãe conversasse entre si sobre aspectos gerais (idade, número de filhos, gostos pessoais e expectativas). Após tempo (aproximadamente 5 minutos), as apresentações foram feitas.
- c) Estabelecimento do contrato grupal: A partir de uma sensibilização sobre a importância de se ter regras no grupo, a facilitadora anotou no *flip chart* as sugestões de regras que as participantes consideravam importantes para o bom funcionamento do grupo referente a frequência, horário de início, participação e faltas, entre outras.
- d) Levantamento de dificuldades: Atividade em que se solicitou que cada mãe completasse a frase: “Meu filho é...”.
- e) Psicoeducação sobre comportamento infantil: A partir da atividade anterior, iniciou-se um debate acerca dos seguintes temas: o que é comportamento? Quais as influências no comportamento infantil? Como um comportamento é aprendido (regra, modelo, experiência)? Como o comportamento do meu filho influencia a forma que sinto e penso? O que é um comportamento-problema? (Quando acontece? O que faço? Como ele reage?)
- f) Plano de ação/Tarefa de Casa: Solicitou-se que cada participante anotasse e observasse o comportamento-problema da criança (quando acontece? O que faço? Como ele reage? Como eu me sinto? O que eu penso?).

ENCONTRO 2: Consequências empregadas diante do comportamento infantil e estabelecimento de regras.

• **Objetivos:** Identificar os comportamentos indesejados emitidos pelas crianças, os pensamentos e os sentimentos associados; psicoeducar sobre o estabelecimento de regras e as consequências comumente utilizadas frente ao comportamento infantil e sensibilizar os pais sobre possibilidades alternativas.

• **Atividades/ Procedimentos:**

- a) Revisão do plano de ação e discussão sobre os tipos de consequências empregadas no comportamento infantil: a facilitadora, a partir dos exemplos trazidos da tarefa de casa, fez uma psicoeducação sobre as principais consequências empregadas no comportamento do filho e discutiu junto às participantes sobre as vantagens e

desvantagens de cada procedimento, bem como os sentimentos e pensamentos associados.

- b) Estabelecimento de regras: a facilitadora iniciou a discussão sobre o que tornar uma regra eficaz e anotou no *flip chart* as ideias trazidas pelo grupo;
- c) Plano de ação: Leitura do texto “ Bater é a Solução? ” e solicitou-se que cada mãe fizesse uma reflexão (anotando) sobre as possibilidades alternativas frente às consequências empregadas no comportamento das crianças.

ENCONTRO 3: Comportamentos indesejados x desejados: o que fazer?

- **Objetivos:** Discutir sobre as estratégias que podem ser utilizadas diante dos comportamentos indesejados e desejados dos filhos;

- **Atividades/ Procedimentos:**

- a) Revisão do plano de ação e discussão sobre dificuldades em lidar com os indesejados e desejados dos filhos: a facilitadora, a partir dos exemplos trazidos do plano de ação, fez uma reflexão sobre as dificuldades encontradas em se pensar em soluções para o comportamento indesejados e iniciou um debate sobre o que os pais fazem diante dos comportamentos desejados;
- b) Estratégias para lidar com comportamento indesejados e desejados dos filhos: A facilitadora fez uma psicoeducação sobre as estratégias para lidar com os comportamentos indesejados (time-out, ignorar/ extinção; remoção de privilégio) e desejados (elogio);
- c) Plano de ação: Identificar comportamentos desejados e indesejados, aplicar uma técnica aprendida e fazer automonitoramento dos sentimento e emoções. Qual foi a situação? Como se sentiu? O que pensou? Qual foi a reação da criança?

ENCONTRO 4: Barreiras envolvidas na educação de filhos e soluções.

- **Objetivos:** Discutir sobre os obstáculos envolvidos na mudança de comportamento parental (comunidade, família, tempo, temperamento).

- **Atividades/ Procedimentos:**

- a) Revisão do plano de ação e discussão das barreiras: a facilitadora, a partir dos exemplos trazidos do plano de ação, discutiu sobre algumas barreiras que podem dificultar uma educação parental positiva;

- b) Soluções para as barreiras: A partir das barreiras trazidas, a facilitadora questionou ao grupo, com base na experiência de cada uma, sobre quais as possíveis soluções/alternativas.
- c) Plano de ação: Refazer a atividade da semana anterior com base nas soluções/possibilidades debatidas no encontro.

ENCONTRO 5: Identificação de pensamentos e distorções cognitivas

- **Objetivos:** Auxiliar as participantes a identificarem pensamentos e distorções cognitivas;
- **Atividades/ Procedimentos:**
 - a) Revisão do plano de ação: A facilitadora, a partir do plano de ação da semana anterior, iniciou um debate sobre como o pensamento influencia a forma que reagimos diante dos filhos e como essa reação influencia o comportamento infantil;
 - b) TCC, Pensamentos e distorções cognitivas: a facilitadora fez uma psicoeducação sobre pressupostos gerais da TCC e, a partir disso, discutiu sobre as distorções cognitivas associadas a criação de filhos;
 - c) Pensamentos alternativos: a partir de situações-problemas, a facilitadora solicitou que as mães identificassem os pensamentos que pudessem ter em uma dada situação e pediu que indicassem formas de pensar alternativas.
 - d) Plano de ação: Foi solicitado que cada mãe fizesse o registro sobre situações, pensamentos, emoções e comportamentos vivenciados na relação com o filho. Em seguida, solicitou-se que identificasse os pensamentos distorcidos e as formas alternativas.

ENCONTRO 6: Estratégias para lidar com emoções negativas provenientes da relação com o filho

Objetivos: Auxiliar as participantes a lidarem com as emoções negativas provenientes da relação com o filho

- **Atividades/ Procedimentos:**
 - a) Revisão do plano de ação: Solicitou-se que cada mãe relatasse sobre uma situação, um pensamento alternativo e uma emoção observada durante a semana. A partir disso, foi iniciado um debate sobre como o pensamento influenciava as emoções e como esses elementos influenciavam a interação com os filhos.

- b) Identificação de emoções e educação de filhos: a partir de uma psicoeducação, o facilitador iniciou um debate sobre como o pensamento influencia as emoções e como esses elementos influenciam a interação com os filhos. Em seguida, foram enumeradas algumas emoções negativas (raiva, estresse, decepção) e positivas (alegria, prazer) associadas ao comportamento dos filhos e seus efeitos na relação;
- c) Estratégias para lidar com as emoções negativas: a partir de uma psicoeducação, a facilitadora apresentou algumas estratégias para controle das emoções negativas (Tom de Voz, Respiração Diafragmática; Diálogo; *Timeout*; Resolução de problemas);
- d) Treino em resolução de problemas: a partir de um *role-play*, a facilitadora subdividiu o grupo em subgrupos e entregou uma situação-problema que envolvia estresse parental e pediu para que o grupo pensasse em uma solução satisfatória para a situação e dramatizarem. Em seguida, debateu-se com o grupo a cena apresentada.
- e) Plano de ação: Solicitou-se que cada mãe fizesse o monitoramento das emoções ao longo da semana e usasse (se necessário) as estratégias utilizadas.

ENCONTRO 7: Encerramento, avaliação final e aplicação do pós-teste.

- **Objetivos:** Encerrar o processo e fazer uma avaliação do projeto;
- **Atividades/ Procedimentos:**
 - a) Revisão do plano de ação:
 - b) Avaliação do projeto: Avaliar a percepção das participantes diante da intervenção, sobretudo no que diz respeito às mudanças observadas, aos aspectos a serem melhorados na relação com o filho e às sugestões para melhoria do projeto.
 - c) Aplicação da versão pós-teste dos instrumentos: Embora em grupo, os questionários foram respondidos individualmente e era dada a instrução de que as respostas deveriam levar em consideração os comportamentos/pensamentos após a execução projeto.
 - d) Encerramento e confraternização.

6.1.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo IBM SPSS Statistics (versão 21). Além das estatísticas descritivas, procedeu-se com teste dos postos com sinais de Wilcoxon para comparar os resultados pré e pós intervenção. Para o cálculo do tamanho dos efeitos foi utilizada a

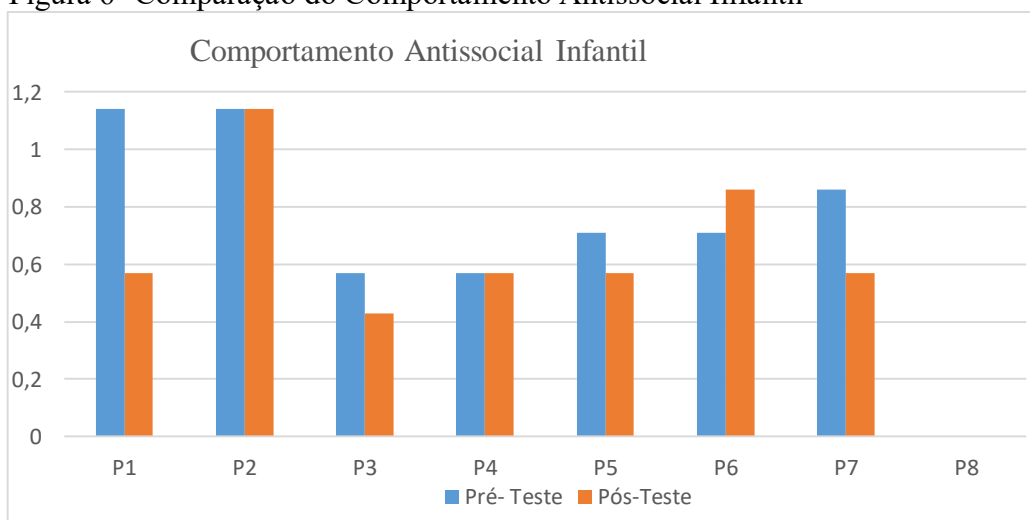
calculadora de Lenard e Lenard (2016) (https://www.psychometrica.de/effect_size.html) e as suas interpretações foram baseadas na tabela de Cohen (1988).

6.2 Resultados

As participantes (n=8) frequentaram os grupos na seguinte proporção: a) P2, P3, P4 (100% dos encontros); b) P1 (85% dos encontros); c) P5 e P6 (70% dos encontros); d) P8 participou 55% dos encontros e faltou a sessão de avaliação final.

No que se refere aos resultados individuais referentes às comparações das avaliações antes e após a intervenção, o escore total de comportamento antissocial de cada criança-alvo avaliado por cada mãe, mensurado por um dos fatores do SDQ, é apresentado na Figura 6.

Figura 6- Comparação do Comportamento Antissocial Infantil

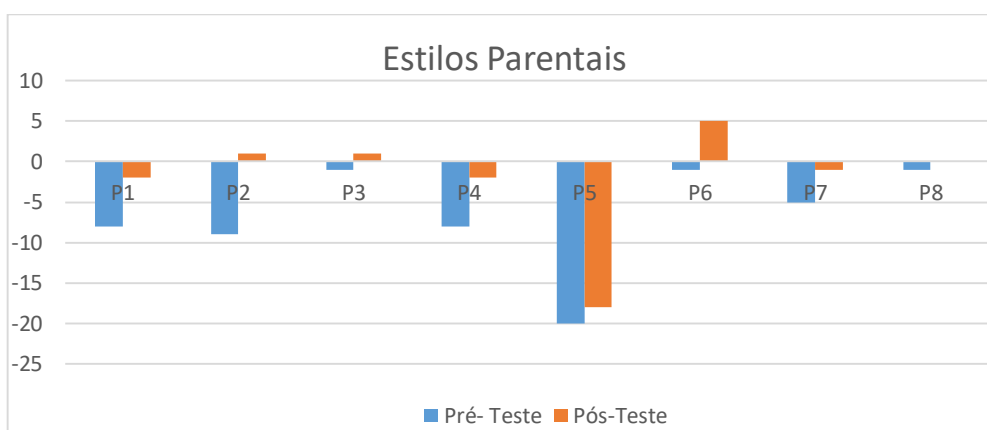


Fonte: dados da pesquisa

Pela Figura 6, observa-se uma redução na pontuação de comportamento antissociais de quatro crianças-alvos (P1, P3, P5, P7), duas crianças mantiveram a pontuação (P2 e P4) em ambas avaliações e houve um aumento nas pontuações de P6.

A Figura 7 compara o índice de estilo parental avaliado pelo IEP, denomina-se como estilo parental positivo, quando as práticas educativas positivas são prevalentes às negativas, e estilo parental negativo, quando ocorre o inverso.

Figura 7- Comparação do Índice de Estilos Parentais

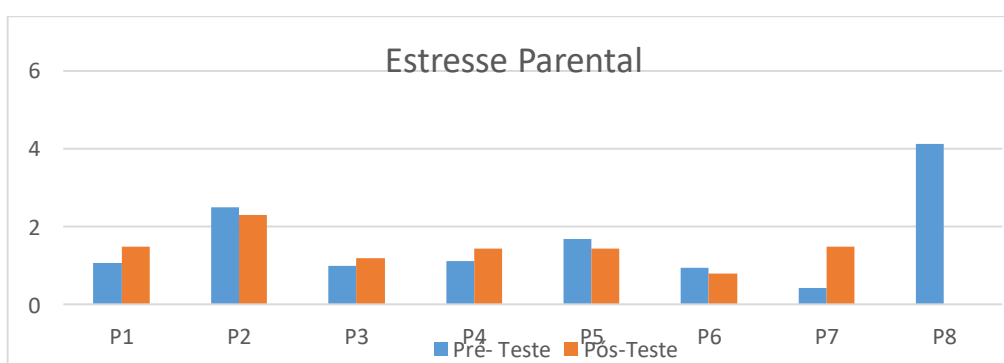


Fonte: dados da pesquisa

Antes da intervenção, todas as mães apresentavam índice de estilos parentais negativos. Após a intervenção, as mães P2, P3 e P6 melhoram suas práticas parentais e apresentaram índice de estilo parental positivo. As mães P1, P4, P5 e P7, embora tenham mantido índices de estilos negativos, quando comparadas a avaliação inicial, foi observada uma melhoria em suas práticas.

No que se refere ao Estresse Parental, avaliado por meio da EEPa, os resultados podem ser visualizados na Figura 8. Com base na comparação, observou-se que houve uma redução em estresse parental nas mães P2, P5 e P6 e um aumento nas pontuações nas mães P1, P3, P4 e P7.

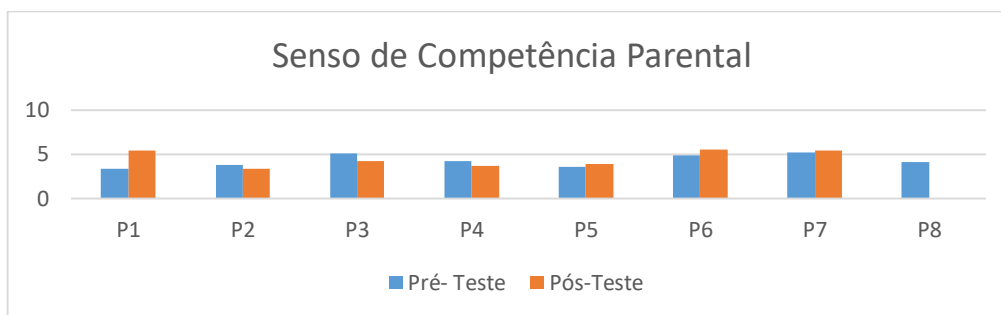
Figura 8- Comparação das Pontuações em Estresse Parental.



Fonte: dados da pesquisa

Conforme a figura 9, em relação ao Senso de Competência Parental, observou-se uma melhoria nas pontuações dessa variável nas participantes P1, P5, P6 e P7 e uma redução nas pontuações nas mães P2, P3, P4 e P7.

Figura 9. Comparação das Pontuações em Competência Parental.



Fonte: dados da pesquisa

Adicionalmente, com o objetivo de se averiguar as diferenças encontradas em cada variável de um modo conjunto, foram comparadas as variáveis-alvos (senso de competência parental, comportamentos antissociais infantis, estresse parental e estilos parentais) antes e após a intervenção. Os resultados apontaram que as pontuações em senso de competência parental ($T=2$; $Z=-0,85$; $p>0,05$; $r=-0,22$) melhorou e os níveis de comportamentos antissociais infantis reduziram após a intervenção ($T=2$; $Z=-1,511$; $p>0,05$; $r=-0,40$), porém tais diferenças não foram significativas. Ademais, também se observou um aumento nos níveis de estresse parental após a intervenção, embora essa diferença também não tenha sido significativa ($T=7,50$; $Z=-1,105$; $p>0,05$; $r=-0,30$). No que se refere aos estilos parentais, os resultados indicaram uma melhoria significativa nas práticas parentais das participantes ($T=0$; $Z=-2,388$; $p<0,05$; $r=-0,63$), ou seja, após a intervenção, as participantes apresentaram práticas parentais mais positivas quando comparadas a fase pré-intervenção.

Adicionalmente, cabe ressaltar alguns relatos das participantes durante as sessões de intervenção e na avaliação final que ilustraram aquisições de habilidades, como: 1) Pensar antes de agir diante do comportamento do filho; 2) Refletir como suas ações afetavam não só a criança como também seus pensamentos e sentimentos; 2) Compreender a importância de se utilizar de estratégias menos coercitivas (diálogo, consequências lógicas); 3) Valorizar os comportamentos positivos dos filhos (elogiar). Sobre esses aspectos, por exemplo, P3 relatou que, antes de frequentar o grupo, tinha dificuldade em lidar com comportamentos considerados “indesejados” da filha, e, em geral, já se utilizava de estratégias coercitivas, como bater e gritar. No entanto, após a intervenção, a participante relatou estar mais reflexiva acerca do comportamento da filha e “antes de fazer qualquer coisa, estava tentando pensar sobre os efeitos”. Além disso, relatou estar mais atenta às “coisas boas da filha”, e disse que “apesar de tudo, era uma criança carinhosa e inteligente”. Na mesma direção, na sessão “o que fazer com os comportamentos desejados”, após a execução da tarefa de casa, a mãe P2 relatou que nunca tinha parado para

elogiar seu filho e que, após ter feito isso, quando o filho escovou os dentes sem sua ordem, a própria criança percebeu e fez questão de repetir tal comportamento no dia posterior.

Destaca-se ainda que, na avaliação final, as mães abordaram alguns aspectos que ainda necessitavam ser melhorados em sua relação com os filhos, os quais foram: dar mais atenção, interagir e brincar mais com a criança (P1, P3, P5); praticar o uso de estratégias menos coercitivas (P2, P5 e P7) e controlar o estresse diante dos comportamentos indesejados da criança (P2, P3, P4 e P6).

6.3 Discussão Parcial

Este estudo teve o objetivo de apresentar uma versão prévia do programa de intervenção parental, bem como avaliar os resultados encontrados antes e após implementação. Confia-se que os objetivos foram atingidos, entretanto, deve-se evitar generalizar os resultados, uma vez que a intervenção foi conduzida com um número reduzido de participantes. Assim, por se tratar de um estudo piloto, algumas reflexões foram trazidas e servirão de base para o Estudo 3.

Em relação à etapa de recrutamento e de seleção, apesar desse estudo ter sido voltado inicialmente para mães, também se observou a demanda de outros cuidadores em participar do projeto. Sobre isso, discute-se que embora as mães sejam mais frequentes nos treinamentos parentais (GUISO; BOLZE; VIERA, 2019), a diversidade de configurações familiares abre espaço para que a intervenção não seja restrita a um membro específico da família (SCHMIDT; STAUDT; WAGNER, 2016). Assim, para que se possa favorecer ainda mais os ganhos no comportamento infantil, sugere-se que a intervenção seja ampliada para qualquer familiar que se intitule cuidador principal das crianças como pais, avós, tios, entre outros.

Quanto ao público-alvo, observou-se que a maioria das mães inscritas possuíam filhos com 6 ou 7 anos. Em geral, crianças nessa faixa etária estão em anos iniciais do Ensino Fundamental, em que o processo de escolarização torna-se mais formal e as cobranças acadêmicas se potencializam (MOTTA, 2016). Em paralelo, é nessa fase que as queixas acerca do comportamento das crianças tornam-se mais frequentes, à medida em que os prejuízos do comportamento se expandem para outros contextos, como no desempenho acadêmico e nas relações entre pares (BERNADO; SILVA; SANTOS, 2017). Tais comportamentos, quando comparados aos de crianças mais novas, diferenciam-se e, portanto, com base nessa versão piloto, sugere-se que o público alvo da intervenção, que será desenvolvida no Estudo 3, seja restrita para cuidadores familiares principais de crianças entre 4 e 7 anos.

No que se refere aos resultados da avaliação, pode-se dizer que a intervenção favoreceu, em alguma medida a mudança na relação mãe-filho, entretanto, também permitiu a reflexão de que o protocolo proposto ainda necessitava de ajustes. No tocante aos estilos parentais, por exemplo, todas as mães que apresentavam índice de estilos parentais negativos antes da intervenção, após o projeto, ou tornaram seus estilos de criação mais positivos ou reduziram as práticas consideradas negativas. Tal resultado foi significativo ($p < 0,05$) e apresentou tamanho do efeito considerado grande ($r > 0,50$); portanto, fornece indícios de que o programa utilizado pode contribuir para uma melhoria práticas parentais adotadas por cuidadores.

No que diz respeito ao senso de competência parental e ao estresse parental, embora algumas mudanças positivas tenham sido observadas, destacou-se o fato de que, em algumas participantes no pós-teste, os escores em senso de competência tenham sido reduzidos e os níveis de estresse parental tenham aumentado. Apesar de tais resultados não terem sido significativos ($p > 0,05$) e com tamanho do efeito pequeno ($0,10 < r < 0,30$) levantou-se a hipótese de que o projeto favoreceu, em alguma medida, o processo de autoconhecimento desses pais em termos cognitivos e emocionais, possibilitando maior clareza nas respostas do pós-teste.

De maneira semelhante, na avaliação do comportamento antissocial infantil, embora também tenham sido observadas alterações com tamanho de efeito médio ($0,30 < r < 0,50$), tais diferenças não foram significativas. Sobre isso, argumenta-se, além do número reduzido de participantes, o intervalo curto entre as duas avaliações (5 semanas) e a frequência dos encontros (duas vezes por semana) não possibilitaram que as mães percebessem mudanças substanciais no comportamento infantil.

Além disso, observou-se que a maioria das mães participantes ainda estavam bastante focadas na identificação e redução do comportamento negativo da criança, o que acabava dificultando a observação de comportamentos positivos que já poderiam estar presentes. Portanto, sugere-se que as pontuações totais do SDQ (que não avalia apenas os comportamentos indesejados infantis) sejam consideradas como critério de triagem para a intervenção. Adicionalmente, recomenda-se que o protocolo seja melhorado, por meio do incremento de conteúdos vivenciais e práticos a fim de que as habilidades sejam mais treinadas entre os cuidadores (SCHMIDT; STAUDT; WAGNER, 2016).

Diante dos resultados encontrados e com a experiência do Doutorado Sanduíche¹, observou-se a necessidade de que alguns ajustes fossem realizados, entre eles: 1) Substituir a entrevista individual por um questionário (autorrelato) de anamnese; 2) Mudar o protocolo de intervenção, de modo que sejam priorizados os conteúdos vivenciados pelas participantes e que sejam adotados conteúdos mais práticos das habilidades discutidas; 3) Aumentar o número de encontros; 4) Organizar um encontro por semana; 5) Aprofundar temas ligados a promoção de comportamentos positivos e voltados para a melhoria da interação familiar (brincar, elogios); 6) Ampliar público-alvo da intervenção para qualquer cuidador principal da criança (não se restringir às mães); 7) Como forma de operacionalizar a avaliação dos participantes frente à intervenção, sugeriu-se utilizar semanalmente fichas de avaliação dos encontros; e, no último encontro, aplicar uma ficha de avaliação geral do projeto; 8) Aplicar a avaliação pós-teste em um momento posterior ao encerramento do projeto a fim de que os últimos conteúdos possam ser melhor sintetizados.

¹ Durante o período de outubro de 2018 a março de 2019, a autora desta tese teve uma experiência de Doutorado Sanduíche (CAPES/PDSE- Edital 47/2017) na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e teve contato com a metodologia utilizada pelo programa *IncredibleYears* (orientadora: Professora Doutora Maria João Seabra Santos).

7 ESTUDO 3 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA APRENDENDO SOBRE FILHOS: UM ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Com base nas discussões acerca do comportamento antissocial infantil, na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), no Estudo 2 e nos princípios do Programa *Incredible Years* (WEBSTER-STRATTON, 2016), formulou-se a versão final do programa de intervenção, nomeado como “Aprendendo sobre Filhos”. Desse modo, o Estudo 3 teve o objetivo de apresentar e avaliar a eficácia desta proposta de intervenção. Mais detalhes podem ser encontrados a seguir.

7.1 Método

7.1.1 Delineamento e hipóteses

Trata-se de um estudo clínico randomizado controlado. Nesse tipo de delineamento é feita uma seleção de uma amostra da população, a medição das variáveis iniciais, a distribuição dos participantes aleatoriamente em grupos, aplicação da intervenção e medição de variáveis após o processo (CUMMINGS; GRADY; HULLEY, 2007). Assim, os participantes deste estudo foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: grupo de intervenção parental (grupo experimental) e grupo de lista de espera (grupo controle). Após o período de intervenção, foi realizado um seguimento (*follow-up*) de um mês no grupo de intervenção.

As variáveis dependentes foram as capacidades e dificuldades comportamentais infantis, os estilos parentais, a competência parental e o estresse dos pais e como variável independente o grupo intervenção.

Foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações maiores ($p < 0,05$) no índice de estilos parentais na segunda avaliação (pós-teste) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 2 (H2). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações maiores ($p < 0,05$) no índice de estilos parentais na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 3 (H3). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações semelhantes ($p > 0,05$) no índice de estilos parentais na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados com os resultados da segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 4 (H4). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações maiores ($p < 0,05$) no senso de competência parental na segunda avaliação (pós-teste) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 5 (H5). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações maiores ($p < 0,05$) no senso de competência parental na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 6 (H6). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações semelhantes ($p > 0,05$) no senso de competência parental na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados com os resultados da segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 7 (H7). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações menores ($p < 0,05$) em estresse parental na segunda avaliação (pós-teste) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 8 (H8). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações menores ($p < 0,05$) em estresse parental na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 9 (H9). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações semelhantes ($p > 0,05$) em estresse parental na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 10 (H10). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações menores ($p < 0,05$) em capacidades e dificuldades comportamentais infantis na segunda avaliação (pós-teste) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 11 (H11). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações menores ($p < 0,05$) em capacidades e dificuldades comportamentais infantis na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da primeira avaliação (pré-teste);

Hipótese 12 (H12). No grupo experimental, espera-se que os participantes apresentem pontuações semelhantes ($p > 0,05$) em capacidades e dificuldades comportamentais infantis na terceira avaliação (*follow-up*) quando comparados aos resultados da segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 13 (H13). No grupo controle, espera-se que os participantes não apresentem diferenças significativas ($p > 0,05$) no índice de estilos parentais entre a primeira (pré-teste) e segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 14 (H14). No grupo controle, espera-se que os participantes não apresentem diferenças significativas ($p > 0,05$) nas pontuações em competência parental entre a primeira (pré-teste) e segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 15 (H15). No grupo controle, espera-se que os participantes não apresentem diferenças significativas ($p > 0,05$) nas pontuações em estresse parental entre a primeira (pré-teste) e segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 16 (H16). No grupo controle, espera-se que os participantes não apresentem diferenças significativas ($p > 0,05$) nas pontuações em capacidades e dificuldades comportamentais infantis entre a primeira (pré-teste) e segunda avaliação (pós-teste);

Hipótese 17 (H17). Antes do período de intervenção, espera-se que entre os grupos controle e experimental não ocorram diferenças significativas ($p > 0,05$) nas pontuações em estilos parentais, competência parental, estresse parental; e capacidades e dificuldades comportamentais infantis.

Hipótese 18 (H18). Após o período de intervenção, espera-se que entre os grupos controle e experimental ocorram diferenças significativas ($p < 0,05$) nas pontuações em estilos parentais, competência parental, estresse parental; e capacidades e dificuldades comportamentais infantis.

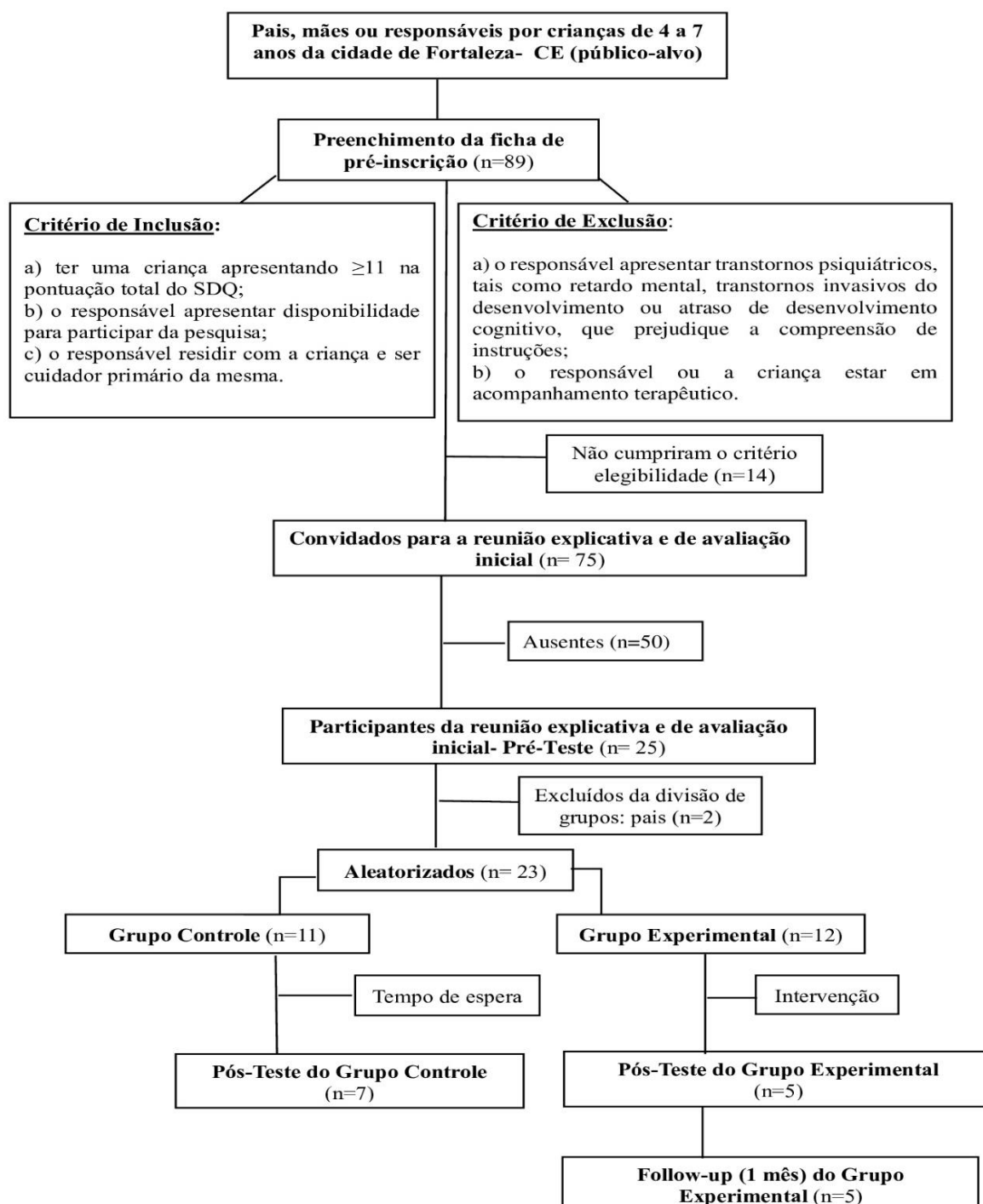
7.1.2 Participantes

Contou-se com uma amostra de pais, mães ou responsáveis por crianças provenientes da cidade de Fortaleza-CE, os quais foram recrutados por meio do preenchimento de uma ficha de pré-inscrição online divulgada junto aos cartazes informativos do projeto de intervenção. O processo de triagem dos participantes pode ser observado na Figura 10.

Na fase de recrutamento, contou-se com 89 pré-inscritos. Destes, 75 estavam aptos para a participação da pesquisa. Os critérios para inclusão foram: ser pai, mãe ou responsável por criança (a) na faixa etária de 4 a 7 anos, apresentando pontuações maiores que 11 pontos no Questionário de Capacidades e Dificuldades dos SDQ (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN *et al.*, 2000); o responsável apresentar disponibilidade para participar da pesquisa; o responsável residir com a criança e ser cuidador primário da mesma. Os critérios para exclusão foram: os responsáveis apresentarem transtornos psiquiátricos, tais como retardo mental, transtornos invasivos do desenvolvimento ou atraso de desenvolvimento cognitivo, que prejudique a compreensão de instruções; os responsáveis ou as crianças estarem em

acompanhamento terapêutico. Ressalta-se que, em caso de responsáveis com mais de uma criança dentro dos critérios da pesquisa, foi recomendado que fosse respondido apenas um questionário e a escolha da criança avaliada era feita conforme interesse do responsável.

Figura 10- Fluxograma dos participantes



Fonte: dados da pesquisa

Por meio de contato telefônico, estes pais, mães e/ ou responsáveis foram convidados para uma reunião explicativa e de avaliação inicial. Dos aptos, apenas 25 estiveram presentes nessa etapa. Os motivos para o não comparecimento ocorreram devido a incompatibilidade com o horário da reunião, erros no contato disponibilizado na ficha de pré-inscrição que impossibilitaram o convite para a reunião e faltas injustificadas.

Durante a avaliação inicial, os participantes presentes aceitaram participar do estudo. Contou-se, então, com a participação de 23 mães (92%) e 2 pais (8%) na faixa etária dos 25 aos 56 anos ($M=36,96$; $DP=6,59$), a maioria casados (58,3%) e católicos (63,6%). Em relação à escolaridade, os participantes se distribuíram entre ensino superior completo (56%), ensino superior incompleto (24%) e ensino médio completo (20%). Os questionários foram respondidos sobre crianças de 4 a 7 anos ($M=5,12$, $DP=0,97$), sendo que 64% eram do sexo masculino, matriculados em escola privada (86%), sem problemas de saúde (95,5%) e que passam a maior parte do tempo com a mãe (72%).

Posteriormente, por meio de um sorteio, em que foram controlados o sexo e a idade da criança, os participantes foram divididos em grupo controle e experimental. Dado o baixo número dos cuidadores-pais (2) e levando em consideração que os seus respectivos pares (as mães) já estavam inclusos na amostra, optou-se por desconsiderá-los do critério para divisão dos grupos. Tal exclusão não restringia a possibilidade participação destes pais nos grupos, porém eles não seriam considerados na comparação dos resultados.

Desse modo, as mães ($n=23$) foram randomizadas aleatoriamente em grupo intervenção ($n=12$) com faixa etária dos 25 aos 56 anos ($M=38,58$ $DP=6,95$), a maioria casadas (58,3%), católicas (63,6%) e com ensino superior completo (58,3%); e grupo controle ($n=11$) com faixa etária dos 25 aos 47 anos ($M=36,00$; $DP=5,88$), a maioria casadas (63,6%), católicas (70%) e com ensino superior completo (54,5%). Cada mãe participante do grupo intervenção foi emparelhada com uma do grupo controle, conforme pode ser observado na Tabela 16.

Tabela 16- Divisão das participantes por grupo

Participante	Intervenção		Participante	Controle	
	Criança-Alvo/Idade	Criança-Alvo/Sexo		Criança-Alvo/Idade	Criança-Alvo/Sexo
I1	4	M	C1	4	M
I2	4	M	C2	4	M
I3	4	M	C3	4	M
I4*	4	F	C4	-	-
I5	5	M	C5	5	M
I6	5	F	C6	5	F

I7	5	F	C7	5	F
I8	5	M	C8	5	M
I9	6	M	C9	6	M
I10	6	M	C10	6	M
I11	6	F	C11	6	F
I12	7	M	C12	7	F

* participante não emparelhada com uma correspondente no grupo controle. Fonte: dados da pesquisa

Para fins de comparações dos resultados, das participantes aleatorizadas no grupo experimental, apenas 5 (I1, I5, I7, I8, I10) fizeram avaliação do projeto nos três momentos (pré-teste, pós-teste e follow-up); no grupo controle, 7 (C1, C5, C6, C7, C8, C9, C10) participaram da avaliação nos dois momentos (pré-teste e pós-teste).

7.1.3 Instrumentos

Nas avaliações de ambos os grupos (controle e experimental), foram utilizados os mesmos instrumentos do estudo 2, a saber: a) Questionário de Capacidades e Dificuldades-SDQ (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN *et al.*, 2000); b) Inventário de Estilos Parentais-IEP (GOMIDE, 2011); c) Escala de Senso de Competência Parental- PSOC (JOHNSTON; MASH, 1989) e d) Escala de Estresse Parental- EEPa (BRITO; FARO, 2017). Além desses instrumentos, na sessão de avaliação inicial (pré-teste), com o objetivo de compreender queixas, dificuldades, variáveis ambientais, familiares e sociais relacionadas foi aplicado uma versão de autorrelato do questionário de anamnese (ANEXO E).

De modo complementar, ao longo da intervenção, como forma de avaliar a percepção dos participantes frente aos conteúdos trabalhados, foram utilizadas fichas de avaliação semanal (ANEXO F) e geral do projeto (ANEXO G). Adicionalmente, fez-se uso de frequência semanal para acompanhar a assiduidade das participantes e o registro das observações de cada encontro.

7.1.4 Procedimentos

Inicialmente, foi solicitada autorização para o uso do espaço da Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal do Ceará em reunião com o colegiado local. Após autorização, durante os meses de junho e julho de 2019, foi realizada uma divulgação do projeto de intervenção em redes sociais (*Facebook, Instagram, Whatsapp*) e em estabelecimentos próximos ao local onde se realizaria a intervenção (escolas, comércios, murais dos corredores dos cursos da universidade, clínica-escola de Psicologia). Para tanto, foi utilizado um cartaz

informativo com o endereço de um formulário online (elaborado pelo *Google Forms*), em que os interessados poderiam fazer sua pré-inscrição. Com base nos critérios da pesquisa e nos objetivos da intervenção, realizou-se a triagem dos participantes. Um melhor detalhamento acerca desse procedimento já foi descrito na seção participantes (8.1.2).

Em agosto de 2019, foram realizadas reuniões explicativas e de avaliação inicial com os pré-inscritos dentro do perfil. Para tanto, foram disponibilizados previamente quatro horários distintos, em que os participantes, via telefone, poderiam ser agendados. As reuniões foram realizadas em grupo (com no máximo 8 participantes), cada reunião durou cerca de uma hora e foi conduzido pela psicóloga responsável por esta pesquisa em uma das salas da Clínica-Escola de Psicologia da UFC. Durante esse momento, os interessados foram informados acerca das fases do estudo, eventuais dúvidas foram esclarecidas, sendo garantido o sigilo, a confidencialidade dos dados e o direito de abandonar o procedimento a qualquer momento, sem prejuízos. Após o consentimento, via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), os participantes responderam ao questionário de triagem inicial (anamnese) e aos demais instrumentos da fase de pré-teste. Na ocasião, também foram informados que seriam divididos em dois grupos (intervenção e lista de espera), sendo reforçado que àqueles que estivessem em lista de espera teriam acesso ao mesmo projeto de intervenção após o término do primeiro grupo (novembro de 2019).

Assim, os componentes do grupo experimental participaram de quatro momentos: 1) Avaliação Inicial (Pré-teste); 2) Intervenção grupal; 3) Avaliação Final (Pós-teste); e 4) Follow-up (um mês após o término projeto). Já os do grupo controle participaram de três ocasiões: 1) Avaliação Inicial (Pré-teste) e 2) Tempo de Espera sem intervenção; e 3) Avaliação Final (Pós-teste).

No que se refere à intervenção, esta se constituiu em nove sessões temáticas grupais (conforme tópico 7.1.5) aplicadas ao grupo experimental e conduzidas por apenas uma facilitadora. O processo ocorreu no período de 31 de agosto a 25 de outubro de 2019, às sextas-feiras, das 18 às 20 horas na sala de grupo da Clínica-Escola de Psicologia da UFC. Durante o período da intervenção, os participantes do grupo controle não foram submetidos a qualquer procedimento.

Três dias após o término do período de intervenção (28 de outubro de 2019), os participantes do grupo experimental e controle responderam os instrumentos de avaliação do pós-teste; na etapa de *follow-up*, um mês após o término do projeto, os participantes do grupo experimental responderam novamente os questionários (28 de novembro de 2019). Nessas

avaliações, os participantes foram contactados via email ou do aplicativo *Whatsapp* e os instrumentos foram disponibilizados *on-line* por meio de um formulário elaborado no *Google Forms*. Ressalta-se que, nesta avaliação, os componentes do grupo controle, que estavam em lista de espera, foram convidados a participar da segunda turma do projeto de intervenção, porém nenhum deles apresentou disponibilidade em continuar no estudo.

Atendendo ao disposto da Resolução 466/ 2012 e da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, aponta-se que a efetivação desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob número de parecer 2.583.150 (ANEXO D). Adicionalmente, este estudo também foi aprovado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC), sob o número de registro RBR-38f87 (disponível em <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-38f87m/>).

7.1.5 Protocolo de intervenção

Este protocolo de intervenção foi aplicado no grupo experimental e foi construído para ser implementado por pelo menos um facilitador com conhecimento em Psicologia e com experiência na área de Educação Parental. O protocolo foi composto por nove encontros semanais e grupais (aproximadamente duas horas de duração). Entre os conteúdos trabalhados estavam: influências no comportamento infantil; fundamentos da TCC na relação pais-filhos; a importância da interação e do brincar com os filhos; o uso do elogio e do sistema de recompensas e sua relação com os comportamentos desejados; estabelecimento de regras; o uso do ignorar, do *time-out* das consequências lógicas/naturais para lidar com os comportamentos indesejados; os pensamentos e emoções envolvidos na relação pais-filhos; estratégias para lidar com as distorções cognitivas e se regular emocionalmente.

Entre os principais pressupostos assumidos para esta intervenção, destacam-se: 1) nem todo comportamento antissocial é patológico; 2) o temperamento infantil pode intensificar ou reduzir a intensidade de uma dificuldade comportamental; 3) o comportamento pode ser apreendido por modelos e este modelo pode ser um cuidador presente no contexto familiar; 4) os vínculos afetivos são importantes para o desenvolvimento infantil; 5) o comportamento antissocial emitido pelas crianças é influenciado e aprendido nas interações sociais, com mães, pais ou outros cuidadores primários; 6) a família é um dos contextos (não o único) de influência sobre a criança, e este subsistema também é influenciado por outros sistemas; 7) a intervenção parental se configura como uma das possibilidades para a promoção da qualidade de vinculação

nas relações primárias e para o aprimoramento das competências emocionais, comportamentais e cognitivas dos cuidadores.

A metodologia adotada foi a teórico-prática, de modo que fossem priorizados os conhecimentos prévios e as experiências cotidianas dos participantes por meio de: discussão teórica e reflexões, atividades práticas e/ou situações-problemas durante os encontros, observações e treinos junto aos filhos. Para isso, utilizaram-se as seguintes técnicas já apresentadas anteriormente (BECK *et al.*, 2013; RANGÉ, 2011; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008); psicoeducação, “*role-play*”, resolução de problemas, respiração diafragmática e registro de pensamentos. Os principais recursos didáticos foram: cartolina para anotação das ideias discutidas, situações-problemas e/ou atividades práticas voltadas para o aprofundamento dos conteúdos dos encontros, textos de apoio e notas impressas das discussões dos encontros sintetizadas pela facilitadora. Para mais informações acerca do material utilizado, entrar em contato com a pesquisadora (darlene.fernandes@ufc.br). A estrutura dos encontros executados foram:

ENCONTRO 1: Apresentação. Definição de Objetivos. Influências no Comportamento Infantil (Temperamento, Família, Escola, Comunidade, Doenças/Medicação). Fundamentos da TCC.

- **Objetivos:** Apresentar participantes e facilitadores, delimitar as metas que as participantes desejam obter com o projeto, promover a coesão grupal e fazer a introdução ao estudo do comportamento infantil e às bases da TCC.
- **Material necessário:** crachás, cartolinas, pincel atômico e recursos didáticos distribuídos às participantes durante o encontro (atividade prática, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal)
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Apresentação da facilitadora e do projeto

Procedimento: A facilitadora deu boas-vindas às participantes, fez uma breve apresentação pessoal e revisou os objetivos do programa.

- b) Apresentação das participantes

Procedimento: Em dupla ou trio, a facilitadora pediu que as participantes conversassem entre si sobre nome, profissão, número de filhos e expectativas em relação ao projeto. Em seguida, foi solicitado que, em grupo, cada participante apresentasse a pessoa com

quem conversou. A partir disso, solicitou-se que cada uma das componentes apresentasse os objetivos que pretendia com o grupo. Tais objetivos foram anotados na cartolina.

c) Estabelecimento do contrato grupal

Procedimento: Primeiramente, a facilitadora abordou sobre a importância de se estabelecer regras em um grupo. Em seguida, listou em uma cartolina as regras propostas e acordadas. Nesta etapa, foram abordados aspectos diversos como sigilo, assiduidade, pontualidade, participação, etc.

d) Psicoeducação sobre elementos que influenciam o comportamento de uma criança (temperamento, família, escola, comunidade, doenças) e sobre os fundamentos da TCC no campo da relação pais e filhos.

Procedimento: Com base nos conhecimentos prévios do grupo, iniciou-se a seguinte discussão: Quais os elementos que influenciam o comportamento de uma criança? As ideias trazidas foram anotadas na cartolina. Nesse momento, as participantes foram sensibilizadas acerca da família como um dos ambientes de mudança do comportamento infantil. Posteriormente, com base em um exemplo de comportamento infantil, foram discutidos os fundamentos da TCC. A seguinte pergunta norteadora foi trazida para facilitar a discussão: Como o comportamento do meu filho influencia meus pensamentos e sentimentos?

e) Atividade prática sobre caracterização do comportamento infantil

Procedimento: Foi distribuído um cartão com a frase: Qual comportamento do meu filho eu considero positivo? (1º momento). Qual comportamento do meu filho necessita ser melhorado? (2º momento). Em seguida, solicitou-se que as participantes compartilhassem em grupo a característica/ comportamento anotado.

f) Plano de ação/Tarefa de casa:

Procedimento: Observar quando os comportamentos positivos e negativos dos filhos ocorrem e fazer o registro dos sentimentos e pensamentos associados. Adicionalmente, foi distribuído como material de apoio um folheto informativo sobre temperamento

g) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

- **ENCONTRO 2: A Importância da Interação e do Brincar com os filhos.**

- **Objetivos:** Discutir acerca da importância brincar juntos aos filhos, bem como praticar os elementos necessários para uma brincadeira eficaz. Discutir as barreiras e as soluções envolvidas na brincadeira com crianças.
 - **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico, brinquedos e recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, situações-problemas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal)
- a) **Atividades e Procedimentos** Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior
 - b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Primeiramente questionou-se sobre os comportamentos positivos infantis observadas ao longo da semana. Em seguida, mapeou-se os comportamentos negativos e uma breve discussão sobre as dificuldades e possíveis soluções foram sugeridas.

- c) Psicoeducação sobre a importância do brincar

Procedimento: Com o intuito de discutir sobre a importância de momentos de interação junto a criança para o fortalecimento das bases da relação, utilizaram-se as seguintes perguntas norteadoras: Qual a importância de brincar? Que elementos podem tornar a brincadeira mais eficaz? Nesse momento, efetuou-se anotações na cartolina das ideias trazidas pelo grupo.

- d) Situações-problema sobre como brincar de maneira eficaz (resolução de problemas)

Procedimento: A facilitadora distribuiu situações-problemas que representassem cuidadores e crianças brincando e pediu que em dupla/ trio discutissem pelo menos dois elementos necessários para brincar com uma criança de maneira eficaz. Após a discussão, solicitou-se que cada dupla/trio apresentasse para o grupo os elementos discutidos. A facilitadora anotou as ideias trazidas na cartolina e ao fim resumiu os aspectos apontados. Em seguida, discutiu-se brevemente as barreiras que se tem ao brincar com uma criança, bem como as possíveis soluções.

- e) *Role-Play* sobre brincar

Procedimento: A facilitadora escolheu dois voluntários para dramatizar uma cena que uma mãe e um filho brincavam de maneira positiva. Antes da cena, deu as instruções necessárias (tempo, descrição da cena) e ressaltou que durante a dramatização os participantes teriam todo o suporte necessário. Após a cena, perguntou sobre como as pessoas que dramatizaram a cena se sentiram no papel e discutiu junto ao grupo a sobre como cuidadores e criança podem se sentir e pensar ao brincar de maneira eficaz.

f) Plano de ação/ Tarefa de casa:

Procedimento: Reservar um momento para brincar com o filho, utilizando os elementos aprendidos no encontro. Solicitar que brinquem com os filhos durante a semana e que façam o relato. Adicionalmente, foi distribuído como material de apoio um texto informativo sobre a importância do brincar.

g) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

ENCONTRO 3: Comportamentos desejados: o uso do elogio

- **Objetivos:** Refletir acerca do uso do elogio e o estabelecimento dos comportamentos desejados, bem como praticar os elementos necessários para um elogio eficaz. Discutir as barreiras e soluções na prática do elogio.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico, recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, atividades práticas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior
 - b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Inicialmente, foi perguntado às participantes que conseguiram realizar a tarefa de casa proposta que abordasse sua experiência de brincar com os filhos, bem como os sentimentos e pensamentos envolvidos. Em seguida, solicitou-se que aquelas que tiveram dificuldades em executar a atividade relatassem os motivos. A partir da discussão em grupo, foram lembradas as alternativas para lidar com estas barreiras.

c) Psicoeducação sobre a importância do elogio: o que fazer quando meu filho faz algo bom?

Procedimento: Com o objetivo de discutir sobre a importância do elogio para o estabelecimento de comportamento desejados, utilizaram-se as seguintes perguntas norteadoras: Por que elogiar? Quando elogiar? Quais os benefícios do elogio? Como tornar o elogio eficaz? Na ocasião, foi utilizada a cartolina para efetuar anotações sobre as ideias trazidas pelo grupo. Adicionalmente, foram discutidos brevemente os mitos envolvidos no ato de elogiar uma criança, bem como foram elencadas as maneiras alternativas de se solucionar tais barreiras.

d) Atividade prática sobre elogio eficaz (resolução de problemas)

Procedimento: A facilitadora entregou uma lista de comportamentos infantis elogiáveis e pediu que, em dupla, as participantes escolhessem um dos comportamentos e propusessem elogios eficazes para as situações. Em seguida, solicitou que os participantes compartilhassem as situações, os comportamentos e elogios propostos.

e) Praticando o elogio

Procedimento: Com o intuito de tornar o elogio uma prática cotidiana, solicitou-se que cada participante apresentasse um elogio a si e a uma participante do seu lado.

f) Plano de ação/tarefa de casa:

Procedimento: a facilitadora solicitou que as participantes elogiassem e registrassem algum comportamento positivo dos filhos durante a semana, bem como fizesse a anotação dos pensamentos e sentimentos associados. Adicionalmente, foi distribuído como material de apoio um texto informativo sobre a importância do elogio.

g) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

ENCONTRO 4: Comportamentos desejados: o uso do sistema de recompensas

- **Objetivos:** Refletir acerca do uso de recompensas e o estabelecimento de comportamentos desejados, bem como praticar os elementos necessários para o uso de um sistema de recompensa eficaz. Discutir as barreiras e soluções envolvidas no ato de recompensar.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico, recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, situações-problemas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior

b) Retomada da tarefa de casa:

Procedimento: Inicialmente, foi perguntado aos participantes que conseguiram realizar a tarefa de casa que abordasse sua experiência em elogiar os filhos, bem como os sentimentos e pensamentos envolvidos. Em seguida, verificou-se as mães que tiveram dificuldades em executar a atividade e, a partir da discussão em grupo, foram pensadas alternativas para superação das barreiras.

c) Psicoeducação sobre o que fazer para o filho fazer alguma coisa que ele nunca fez antes ou que faz poucas vezes: o uso das recompensas.

Procedimento: A facilitadora primeiramente questionou sobre os conhecimentos prévios sobre o que seria recompensa, em que contextos poderia ser utilizado e quais os seus objetivos. Em seguida, foi discutido sobre os elementos essenciais envolvidos no uso de um sistema de recompensas (características, tipos de recompensa). As ideias discutidas foram anotadas na cartolina.

d) Situações- problema sobre o sistema de recompensas (resolução de problemas)

Procedimento: A facilitadora distribuiu situações-problemas em que cuidadores utilizaram o sistema de recompensa e pediu que, em dupla ou trio, as participantes identificassem as coisas que foram feitas de maneira eficaz e os erros cometidos nas situações, bem como as possíveis soluções.

e) *Role-play* sobre o uso do sistema de recompensas.

Procedimento: Com base na situação-problema anterior, a facilitadora escolheu duas participantes para dramatizar uma cena em que pais usaram um sistema de recompensas de maneira ideal. Antes da cena, deu as instruções necessárias (tempo, descrição da cena) e ressaltou que durante a dramatização as participantes teriam todo o suporte necessário. Após a dramatização, perguntou sobre como as pessoas que dramatizaram a cena se sentiram no papel e discutiu-se junto ao grupo sobre as possíveis dificuldades e vantagens de utilizar o sistema de recompensas.

f) Plano de ação/tarefa de casa:

Procedimento: a facilitadora solicitou que os pais listassem possíveis comportamentos e recompensas em que poderiam utilizar com os filhos. Foi recomendado que, se

necessário, tal técnica fosse aplicada durante a semana. Adicionalmente, foi distribuído como material de apoio um texto informativo sobre o uso do sistema de recompensas.

g) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

ENCONTRO 5: Estabelecimento de regras/ dar ordens

- **Objetivos:** Refletir sobre as formas de se estabelecer regras e dar ordens aos filhos, bem como usar tais procedimentos de maneira mais eficaz. Discutir as barreiras e as soluções envolvidas.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico, folhas em branco, recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, atividades práticas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior
 - b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Solicitou-se que as participantes falassem sobre os possíveis comportamentos em que seria possível utilizar o sistema de recompensas. Na ocasião, observou-se que algumas participantes tentaram utilizar a técnica durante a semana e, então, pediu-se que suas experiências fossem relatadas. Em acréscimo, também foram debatidas as soluções para as dificuldades encontradas.

c) Psicoeducação sobre estabelecimento de regras

Procedimento: A facilitadora distribuiu para cada participante uma caneta e uma folha em branco e deu a seguinte ordem: “Desenhem um animal que possuam porte elevado, olhos pequenos, rabo comprido, orelhas grandes, pés grandes e coberto de pelos”. Depois que todas terminaram de desenhar, pediu que apresentassem seus desenhos para que todos pudessem visualizar. A partir da experiência, a facilitadora iniciou o debate sobre como foi a experiência de cada um, as dificuldades diante da ordem estabelecida, o que poderia ter favorecido a execução da tarefa. As seguintes perguntas norteadoras foram utilizadas: Como se sentiram? Quais as dificuldades? Qual a relação disso com o estabelecer regras e dar ordens? Qual a diferença entre regras e ordens? O que isto tem a ver com os comportamentos de uma criança?

d) Situações- problemas sobre estabelecimento de regras e ordens (resolução de problemas)

Procedimento: A facilitadora distribuiu situações-problemas que envolviam o estabelecimento de regras e ordens. Em seguida, pediu que as participantes comentassem sobre o que foi feito de positivo e o que poderia ser aprimorado em cada situação. A facilitadora anotou as ideias relativas aos elementos que deveriam ser considerados no estabelecimento de regras e no dar ordens, bem como as possíveis dificuldades e soluções.

e) Atividade prática sobre o estabelecimento de ordens (resolução de problemas)

Procedimento: A facilitadora distribuiu uma lista com ordens dadas de maneira ineficaz. E, em seguida, pediu que, em dupla ou trio, as participantes as reescrevessem, tornando-as mais eficazes. Em grupo, as ordens foram debatidas e ajustadas.

f) Plano de ação/ tarefa de casa

Procedimento: Fazer o registro de uma regra ou ordem que habitualmente os participantes utilizam em casa com os filhos e não têm resultado, e, em seguida, refletir sobre o que poderia fazer para melhorar a sua execução. Complementarmente, foi disponibilizado um texto de apoio sobre o estabelecimento de regras e ordens.

g) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

ENCONTRO 6: Comportamentos indesejados: o uso do ignorar

- **Objetivos:** Refletir acerca do uso do ignorar como estratégia para lidar com comportamentos indesejados, bem como praticar os elementos necessários para ignorar de maneira eficaz. Discutir as barreiras e soluções envolvidas.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico, recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, situações-problemas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior
 - b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Com base no que foi solicitado no encontro anterior, solicitou-se às participantes que apresentassem as regras ou ordens dadas aos filhos que poderiam ser

melhoradas. Para aquelas que tiveram dificuldades em executar as adaptações, foram debatidas soluções junto ao grupo.

c) O uso do ignorar para lidar com os comportamentos indesejados.

Procedimento: a facilitadora distribuiu um caso em que um cuidador utilizou a técnica do ignorar um comportamento indesejado de uma criança (resolução de problemas). A partir da situação, discutiu-se sobre que é a técnica ignorar, que comportamentos podem ser ignorados, o que foi feito de bem-sucedido no caso e quais os elementos necessários para execução da técnica ignorar (psicoeducação). As ideias trazidas são anotadas na cartolina. Adicionalmente, também se discutiu sobre as possíveis barreiras e soluções no emprego da estratégia.

d) *Role-play* sobre o uso da técnica ignorar

Procedimento: Com base na técnica debatida, foi proposta uma dramatização da cena em que uma criança apresenta um comportamento de birra diante da mãe. Antes da cena, a facilitadora deu as instruções necessárias (tempo, descrição da cena) e ressaltou que durante a dramatização as participantes teriam todo o suporte necessário. Após a apresentação, discutiu-se como as pessoas que dramatizaram se sentiram no papel e, após esse momento, ampliou para o grupo as dúvidas, as possíveis barreiras e as soluções na execução da técnica ignorar.

e) Plano de ação/tarefa de casa:

Procedimento: Foi pedido que cada uma das participantes anotasse um comportamento que os filhos têm e que podem ignorar sistematicamente. E recomendou-se que, se necessário, tal técnica seja aplicada durante a semana. Complementarmente, foi lembrado que as participantes continuassem brincando com os filhos, elogiando os comportamentos desejados e fazendo o registro do pensamentos, sentimentos e comportamentos associados. Adicionalmente, foi disponibilizado um texto de apoio sobre o uso da técnica ignorar.

f) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro

ENCONTRO 7: Comportamentos indesejados que não podem ser ignorados: o uso do *time-out* e das consequências lógicas/naturais

- **Objetivos:** Refletir acerca do uso do *time-out* e das consequências lógicas/naturais como estratégias para lidar com comportamentos indesejados, bem como praticar os elementos necessários para tornar mais eficaz o uso de tais técnicas. Discutir as barreiras e as soluções envolvidas.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico e recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, situações-problemas, atividades práticas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**

a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior

b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Em um primeiro momento, foi solicitado que as participantes compartilhassem os comportamentos dos filhos que poderiam ser ignorados. Na ocasião, observou-se que algumas participantes tentaram utilizar a técnica durante a semana e, então, pediu-se que suas experiências fossem relatadas. Em seguida, discutiu-se as soluções para as dificuldades encontradas.

c) Psicoeducação sobre os comportamentos não podem ser ignorados: o uso do *time-out* e das consequências lógicas e naturais.

Procedimento: A partir das perguntas norteadoras (que comportamentos não podem ser ignorados? O que fazer quando uma regra é quebrada?), foram apresentadas e debatidas as técnicas *time-out* e das consequências lógicas/ naturais.

d) Situação-problema sobre o uso do *time-out* (resolução de problemas)

Procedimento: a facilitadora distribuiu situações-problemas que abordavam cuidadores aplicando a técnica *time-out* em crianças e solicitou que, em dupla/trio, as participantes elencassem as características necessárias para aplicação da técnica. Os elementos sugeridos foram anotados na cartolina e foram discutidas as possíveis barreiras e soluções no uso do procedimento.

e) Atividade prática sobre o uso das consequências lógicas (resolução de problemas)

Procedimento: a facilitadora distribuiu uma lista de comportamentos indesejados e pediu que, em dupla/trio, as participantes indicassem possíveis consequências lógicas/naturais. As sugestões foram anotadas na cartolina e também foram discutidas as possíveis barreiras e soluções no uso do procedimento.

f) *Role-play* sobre o uso do *time-out*

Procedimento: Com base nas técnicas debatidas, foi proposta a dramatização de uma cena em que a mãe explica para criança a técnica do *time-out* de uma maneira eficaz. Antes da cena, a facilitadora deu as instruções necessárias (tempo, descrição da cena) e ressaltou que durante a dramatização os participantes teriam todo o suporte necessário. Após a cena, discutiu-se como os autores se sentiram no papel e, após esse momento, debateu com o grupo dicas que poderiam ser úteis no emprego da técnica.

g) Plano de ação/Tarefa de Casa:

Procedimento: Solicitou-se que as participantes listassem os comportamentos emitidos pelos filhos que não poderiam ser ignorados e anotassem possíveis consequências lógicas/naturais que poderiam utilizar. Adicionalmente, solicitou-se que continuassem brincando com os filhos, elogiando os comportamentos positivos e registrando os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados. Em acréscimo, foi disponibilizado um texto de apoio sobre o uso da técnica *time-out*.

h) Preenchimento da ficha de avaliação semanal do encontro.

ENCONTRO 8: Pensamentos, emoções e relação pais-filhos

- **Objetivos:** Refletir sobre a importância de observar os pensamentos e emoções envolvidos na relação pais-filhos; flexibilizar os pensamentos e apresentar estratégias para a regulação emocional.
- **Material necessário:** cartolinas, pincel atômico e recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, atividades práticas, material de apoio, plano de ação e ficha de avaliação semanal).
- **Atividades e Procedimentos:**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior
 - b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Conversar sobre os comportamentos e as possíveis consequências lógicas/naturais trazidas pelas participantes. Sugerir junto ao grupo alternativas para aqueles que trouxeram dificuldades na execução da atividade.

- c) Psicoeducação sobre como nossa forma de pensar e sentir influencia a relação com filhos.

Procedimento: Junto ao grupo, a facilitadora resgatou o exemplo apresentado no primeiro encontro acerca dos fundamentos da TCC e, a partir disso, apresentou as principais distorções cognitivas presentes no contexto da educação parental. Para tanto, trouxe uma lista com as principais distorções cognitivas e discutiu os riscos da inflexibilidade cognitiva nas emoções parentais e na criação de filhos.

d) Atividade prática sobre pensamentos alternativos

Procedimento: Com o intuito de iniciar um processo de flexibilização cognitiva, a facilitadora distribuiu uma lista de pensamentos disfuncionais envolvidos na criação dos filhos e solicitou que, em dupla, as participantes sugerissem formas alternativas e mais positivas de pensar em cada exemplo. Em seguida, as ideias trazidas foram discutidas no grupo.

e) Psicoeducação sobre estratégias para lidar com emoções negativas.

Procedimento: Com o propósito de estimular com que os pais pensassem sobre algumas estratégias para controle das emoções negativas, questionou-se: o que podemos fazer para lidar com emoções negativas (stress, raiva, tristeza etc.) decorrente da interação com os filhos? As ideias trazidas foram anotadas na cartolina e, como uma possibilidade de estratégia, a facilitadora apresentou a técnica de respiração diafragmática e fez uma simulação com as participantes.

Plano de ação: Solicitou-se que cada mãe continuasse fazendo o registro das situações, pensamentos, emoções e comportamentos vivenciados na relação com o filho. Ao identificar os pensamentos distorcidos, pediu-se que se escrevesse as formas alternativas e mais positivas de processar a informação. Adicionalmente, recomendou-se que fossem treinadas a respiração diafragmática pelo menos uma vez no dia.

ENCONTRO 9: Encerramento e avaliação final do projeto

- **Objetivos:** Avaliar o projeto e o processo para cada uma das participantes; propor estratégias de prevenção de recaída e encerrar o projeto.
- **Material necessário:** Cartolinas, pincel atômico e recursos didáticos distribuídos aos participantes durante o encontro (notas da sessão anterior, atividades práticas, material sobre prevenção de recaída, plano de ação e ficha de avaliação final).
- **Atividades e Procedimentos**
 - a) Distribuição das anotações discutidas no encontro anterior

b) Retomada da tarefa de casa

Procedimento: Foram discutidos os registros trazidos dos pensamentos, sentimentos e emoções ocorridos durante a semana. Nas participantes que persistiram as emoções/pensamentos disfuncionais, foram debatidos junto ao grupo os motivos e as soluções alternativas;

c) Prevenção de recaída

Procedimento: Com base em um questionário feita com base em todas os conteúdos temáticas discutidos, foi solicitado que, em dupla/trio, cada participante buscasse uma solução para os questionamentos. Após esse momento, as respostas foram anotadas na cartolina e foi realizada uma revisão dos principais conceitos aprendidos.

d) Avaliação do Projeto

Procedimento: Solicitou-se que cada participante preenchesse uma ficha de avaliação final (ANEXO F) com itens sobre a importância (ou não) do projeto para sua relação com os filhos e sobre aspectos ligados a estrutura da intervenção como um todo, como conteúdos trabalhados, facilitador, duração dos encontros, entre outros.

e) Confraternização e entrega dos certificados de participação.

7.1.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo IBM SPSS Statistics (versão 21). Além das estatísticas descritivas (medidas de dispersão e tendência central) para se caracterizar os participantes, foram realizados o teste de qui-quadrado (variáveis categóricas) e o teste U de Mann-Whitney (variáveis contínuas) para se atestar a homogeneidade dos grupos.

Com o objetivo de comparar os resultados das avaliações realizadas dentre grupos foram utilizados o teste Anova de Friedman (pré, pós intervenção e *follow up* no grupo experimental) e o teste dos sinais de Wilcoxon (pré e pós intervenção no grupo controle). Para as avaliações das medidas entre grupos (experimental e controle) foi novamente utilizado o Teste de U de Mann-Whitney. Para o cálculo dos tamanho de efeitos também foi utilizada a calculadora de

Lenard e Lenard (2016) (https://www.psychometrica.de/effect_size.html) e as suas interpretações foram baseadas na tabela de Cohen (1988).

7.2 Resultados

7.2.1 Homogeneidade dos Grupos

Em um primeiro momento, foi verificada a homogeneidade dos grupos, por meio da avaliação das variáveis: sexo e idade da criança; idade e escolaridade dos pais. Os resultados não indicaram associações significativas do sexo da criança ($\chi^2(1) = 1,059, p > 0,05; r = 0,21$) e da escolaridade dos pais ($\chi^2(1) = 1,852, p > 0,05; r = 0,28$) com os tipos de grupo (controle ou intervenção). Além disso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na idade da criança ($U = 55,00, p > 0,05; \eta^2 = 0,02$) e do responsável ($U = 63,50, p > 0,05; \eta^2 = 0,001$) quando comparados ambos os grupos. Tais dados permitiram dizer que a divisão de grupos foi homogênea e apresentou condições favoráveis para as bases de um ensaio aleatorizado.

7.2.2 Aceitabilidade e adesão dos participantes

No que se refere a aceitabilidade dos participantes, entre a primeira (pré-teste) e segunda avaliação (pós-teste), tanto o grupo controle como o experimental sofreram morte amostral. No grupo controle, 11 participantes (100%) aceitaram participar do estudo, sendo que apenas 7 concluíram a etapa de pós-teste (64%), após o tempo de espera. Os principais motivos para a desistência foram: falha na comunicação e recusa dos participantes em continuar no estudo. Sobre isso, ressalta-se que, embora o mesmo projeto (após o período de intervenção no grupo experimental) tenha sido oferecido ao grupo controle, nenhum dos participantes (nem mesmo os que responderam ao pós-teste) compareceu ou mostrou disponibilidade em frequentar a intervenção.

No grupo experimental, antes da intervenção, contou-se com uma amostra de 12 participantes (100%) confirmados e aptos para a intervenção, porém apenas cinco se mantiveram no grupo no período de pós-teste e *follow-up* (42%), dois só participaram da primeira sessão (16%) e cinco desistiram antes mesmo do primeiro encontro da intervenção (42%). Sobre estes últimos ($n=5$), destaca-se que os mesmos foram convidados para o início do projeto, confirmaram presença, porém não compareceram a qualquer dos encontros e nem justificaram a desistência.

Daqueles que foram a pelo menos a uma sessão ($n=7$), a média de encontros frequentados foi de 6,0 (DP = 3,4). A intervenção era composta por 9 sessões. Destes, 28,6 % dos participantes assistiram a todos os encontros, e 42,8% assistiram de 6 a 8 sessões e 28,6% participou de apenas um encontro. Ressalta-se que os que participaram de apenas um encontro (nesse caso, o primeiro encontro), o motivo alegado para o abandono foi o choque de horário com outras atividades. Já os que participaram de mais de 6 encontros, os motivos trazidos para as ausências esporádicas foram: dificuldades no transporte ou não ter com quem deixar os filhos. Em suma, pode-se afirmar que daqueles que participaram foi obtida uma boa adesão à intervenção.

7.2.3 Avaliações dentre e entre grupos

Com o intuito de testar as hipóteses previamente estabelecidas, foram realizadas avaliações das principais variáveis-alvos (estilos parentais, competência parental, estresse parental e comportamento antissocial infantil) em função dos momentos de avaliações no grupo experimental (pré-teste, pós-teste e *follow-up*) e no grupo controle (pré-teste e pós-teste). Adicionalmente, para cada variável, foram comparados entre os grupos os resultados obtidos antes (linha de base) e após a intervenção.

a) Avaliações dentre grupos

No grupo experimental (ver Tabela 17), quando avaliadas as três aplicações (pré-teste, pós-teste e *follow-up*), os resultados apontaram que o índice de estilos parentais apresentou diferenças significativas entre as avaliações ($\chi^2_{F(2)} = 7,60$, $p=0,024$). Este índice, quando comparado à fase pré-teste (Md= -0,33), apresentou níveis significativamente maiores na fase pós-teste (H1) (Md= 0,33, $T=0$, $z=-2,023$, $p=0,04$ $r=-0,64$) e *follow-up* (H2) (Md= 8,33, $T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$); entretanto, não ocorreram alterações significativas nesta variável entre as fases pós-teste e *follow-up* (H3) ($T= 5,50$, $Z =0,542$, $p=0,58$, $r=-0,17$).

Em relação à competência parental (grupo experimental), os resultados indicaram que as suas pontuações apresentaram mudanças significativas entre as avaliações ($\chi^2_{F(2)} = 7,60$, $p=0,024$). Quando comparada à fase pré-teste (Md= 3,94), esta variável apresentou valores significativamente maiores na fase pós-teste (H4) (Md= 4,56, $T=0$, $Z =-2,060$, $p=0,03$, $r=-0,65$), mas sem alterações significativas na fase *follow-up* (H5) Md= 4,31, $T=3$, $Z =-1,214$,

$p=0,23$, $r=-0,38$). No entanto, quando observados os valores pós-teste ($Md= 4,56$), os resultados no senso de competência parental na versão *follow-up* ($Md= 4,31$) foram significativamente menores (H6) ($T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$).

Sobre o estresse parental (grupo experimental), os dados indicaram que esta variável apresentou diferença significativa entre as avaliações ($\chi^2_F(2)=7,895$, $p=0,012$). Na comparação com a fase pré-teste ($Md= 1,76$), as pontuações em estresse parental apresentaram redução significativa na fase pós-teste (H7) ($Md= 1,56$, $T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$) e no *follow-up* (H8) ($Md= 1,44$, $T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$); porém, não ocorreram alterações significativas nesta variável entre as fases pós-teste e *follow-up* (H9) ($T= 5,50$, $Z=-0,736$, $p=0,46$, $r=-0,23$).

Em acréscimo, no grupo experimental, foram também comparados os níveis de capacidades e dificuldades comportamentais avaliados pela pontuação total do SDQ. Os resultados apontaram diferenças significativas entre as avaliações ($\chi^2_F(2) = 8,44$, $p=0,012$). Em comparação com a fase pré-teste ($Md=94$), as pontuações sofreram redução significativa na fase pós-teste (H10) ($Md= 0,68$, $T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$) e no *follow-up* (H11) ($Md = 72$, $T=0$, $Z=-2,032$, $p=0,04$, $r=-0,64$); entretanto, não ocorreram alterações significativas nesta variável entre as fases pós-teste e *follow-up* (H12) ($T= 3$, $Z=0,00$, $p=0,62$, $r= 0,00$).

Tabela 17- Comparações (pré, pós e follow-up) do grupo experimental

	Pré-Teste		Pós- Teste		Follow-up		χ^2_F	p
	Md	Média dos postos	Md	Média dos postos	Md	Média dos postos		
Estilos Parentais	-0,33	1,00	0,33	2,40	0,83	2,60	7,60	0,024
Competência Parental	3,94	1,40	4,56	3,40	4,31	1,60	7,60	0,024
Estresse Parental	1,75	3,00	1,56	1,50	1,44	1,50	7,90	0,012
Capacidades e dificuldades	0,94	3,00	0,68	1,40	0,72	1,60	8,44	0,012

Fonte: dados da pesquisa

No grupo controle (ver tabela 18), nas duas avaliações realizadas (pré-teste e pós-teste), não foram encontradas diferenças significativas no índice de estilos parentais (H13) ($T= 12$, $Z=-0,34$, $p=0,73$, $r=-0,10$), na competência parental (H14) ($T= 10$, $Z=-0,31$, $p=0,75$, $r=-0,09$), no estresse parental (H15) ($T= 10$, $Z=-0,10$, $p=0,92$, $r=-0,03$) e nas capacidades e dificuldades comportamentais infantis (H16) ($T=3$, $Z=-1,21$, $p=0,23$, $r=-0,38$).

Tabela 18- Comparações (pré e pós-intervenção) do grupo controle

	Pré-Teste		Pós- Teste		T	Z	p
	Média dos postos	Soma dos postos	Média dos postos	Soma dos postos			
Estilos Parentais	3,00	12,0	5,33	16,0	12	-0,34	0,73
Competencia Parental	3,00	10,0	4,00	11,0	10	-0,31	0,75
Estresse Parental	5,00	10,0	2,75	11,0	10	-0,10	0,92
Capacidades e dificuldades	3,00	3,0	3,00	12,0	3	-1,21	0,23

Fonte: dados da pesquisa

b) Avaliações entre grupos

Adicionalmente, foram realizadas medidas na linha de base (H17) para comparar as variáveis-alvos, antes do período de intervenção, em função dos grupos (ver tabela 19). Na ocasião, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas no índice de estilos parentais ($U=56,0$; $p=0,56$; $\eta^2= 0, 016$), na competência parental ($U=53,5$; $p=0,67$; $\eta^2=0,026$), no estresse parental ($U=55,0$; $p=0,53$; $\eta^2=0,02$) e nas capacidades e dificuldades comportamentais infantis ($U=62,5$; $p=0,83$; $\eta^2=0,002$) entre os grupos controle e experimental.

Tabela 19-Comparações entre grupos (pré-teste)

	Experimental (n=12)		Controle (n=11)		U	p
	Média dos postos	Soma dos postos	Média dos postos	Soma dos postos		
Estilos Parentais	11,68	142,00	12,29	134,00	56,0	0,56
Competência Parental	12,15	121,50	10,96	131,50	53,5	0,67
Estresse Parental	11,00	121,00	12,92	155,00	55,0	0,53
Capacidades e dificuldades	12,91	128,50	11,17	147,50	62,5	0,83

Fonte: dados da pesquisa

Após o período de intervenção (H18), as variáveis-alvos também foram comparadas em função dos grupos (ver Tabela 20). Os dados indicaram que os grupos controle e experimental não se diferenciaram significativamente nos estilos parentais ($U=8,50$; $p=0,15$; $\eta^2= 0,178$), na competência parental ($U=10,5$; $p=0,27$; $r= -0,32$; $\eta^2= 0,108$), no estresse parental ($U=12,50$; $p=0,43$; $\eta^2=0,055$) e nas dificuldades comportamentais infantis ($U=11,0$; $p= p=0,34$; $\eta^2= 0,093$).

Tabela 20-Comparações entre grupos (pós-teste)

	Experimental (n=12)		Controle (n=11)		U	p
	Média dos postos	Soma dos postos	Média dos postos	Soma dos postos		
Estilos Parentais	5,21	36,50	8,30	41,50	8,50	0,15
Competência Parental	5,50	38,50	7,90	39,50	10,5	0,27
Estresse Parental	5,79	40,50	7,50	37,50	12,5	0,43
Capacidades e dificuldades	7,43	52,00	5,20	26,00	11,0	0,34

Fonte: dados da pesquisa

7.2.4 Avaliação da intervenção pelas participantes

Em relação à intervenção, todos os conteúdos dos encontros (M=3,83; DP=0,24), as atividades práticas (M=3,72; DP=0,39), as orientações da facilitadora (M=3,83; DP=0,24) e as discussões em grupo (M=3,72; DP=0,39) foram avaliados pelas participantes como úteis ou bastante úteis nas fichas de avaliação semanal.

Na ficha de avaliação final do projeto, os conteúdos discutidos, a metodologia utilizada, a facilitadora, as atividades de casa e o tempo destinado aos encontros foram avaliados como “ótimos” (100%, n=5) e a duração do projeto obteve avaliação “boa” (100%, n=5). Em acréscimo, 60 % das participantes (n=3) classificou como “muito” e 40% (n=2) indicou como “mais do que esperava” para se referir ao quanto a intervenção contribuiu para melhorar suas habilidades em lidar com o comportamento do seu filho. Entre os aspectos que mais gostaram do projeto, destacaram-se: as técnicas discutidas durante os encontros, a troca de experiência com o grupo, os materiais de apoio, os resumos disponibilizados e as atividades práticas realizadas. Nos aspectos que poderiam ser melhorados, de modo unânime, as participantes sugeriram que a quantidade de encontros poderia ser ampliada.

Com base no registro de observações e nas atividades realizadas, entre os principais relatos que ilustraram a aquisição de habilidades e as mudanças no comportamento da criança, destacam-se: “meu filho parece estar escutando mais a regras cotidianas”; “meu filho está mais flexível”; “minha filha está mais obediente”; “(...) as pessoas estão dizendo que estou mais calma com meu filho”; “(...) o meu filho começou uma birra no *shopping* e eu consegui utilizar a técnica que discutimos no último encontro de maneira bem sucedida”; “antes de me estressar com meu filho, eu me lembro do que foi discutido nos encontros e penso nas estratégias que posso utilizar na situação”.

7.3 Discussão Parcial

Este estudo teve o objetivo de apresentar e avaliar a eficácia do Programa Aprendendo sobre Filhos, a partir de um estudo randomizado controlado. Em suma, considera-se que este objetivo foi alcançado, entretanto, alguns aspectos necessitam ser discutidos.

Em relação à homogeneidade, verificou-se que, antes da intervenção, os grupos estavam homogêneos, ou seja, apresentavam perfis semelhantes em variáveis como sexo e idade criança; e escolaridade e idade dos pais. Conforme a literatura acerca dos estudos randomizados controlados (ERC), este é um aspecto importante, na medida em que se pode trazer avaliações mais precisas acerca dos efeitos da intervenção, ao se utilizar como controle um grupo com características similares (SOUZA, 2009). No entanto, é importante ponderar que, no estudo em questão, tanto no grupo controle como no experimental, posterior a essa verificação da homogeneidade, ocorreram “mortes amostrais” (perdas de participantes). Esse aspecto sugere cautela na avaliação dos resultados encontrados.

No que diz respeito à aceitabilidade e adesão dos participantes, ressalta-se que este estudo contou com uma amostra reduzida. Sobre isso, aponta-se que, embora na etapa de recrutamento e seleção dos participantes tenha se obtido uma boa demanda de pré-inscritos (n=89), reconhece-se que tal número não foi suficiente para garantir uma proporção de interessados nas fases subsequentes. Além disso, observa-se que a divulgação ficou limitada a contextos específicos (redes sociais ou espaços próximos à universidade), o que impossibilitou o acesso mais amplo de outros interessados. Diante disso, sugere-se que, em novos estudos, a fim de se atingir maior público-alvo, a proposta seja divulgada em veículos de maior alcance populacional da cidade, como jornais locais, programas de rádios, clínicas de psicologia e em escolas de diferentes regionais.

Em relação à “morte amostral” observada no grupo experimental, por exemplo, pondera-se que a maior perda de participantes ocorreu antes do início da intervenção. Tal fato pode sinalizar um possível descrédito ou falta de sensibilização dos participantes em relação à importância de intervenções parentais (BECKER *et al.*, 2015). Sobre essa dificuldade de adesão, outros estudos também vivenciaram essa realidade em intervenções similares (GUISO; BOLZE; VIERA, 2019) e, por isso, algumas estratégias são sugeridas para lidar com essa questão, como ampliação da amostra, identificação do motivo de desistências e sensibilização acerca da importância da intervenção (BECKER, *et al.*, 2015; GUISO; BOLZE; VIERA, 2019; MIOT, 2011).

Sobre as hipóteses 1, 2 e 3, relativas às mudanças ocorridas na variável estilos parentais em função das avaliações realizadas (pré, pós e *follow-up*) no grupo experimental, observou-se que as hipóteses foram corroboradas e os resultados alcançados foram semelhantes aos obtidos em outras intervenções com foco nesta variável (NEUFELD; MAEHARA, 2011). Ou seja, a intervenção proposta contribuiu para que ocorresse melhorias significativas nas formas de educar as crianças com efeitos considerados grandes ($r > 0,50$) nas fases pós-teste e *follow-up* em relação ao pré-teste; e com efeito pequeno ($0,10 < r < 0,30$) entre as avaliações pós-teste e *follow-up*. Acerca disso, infere-se que a ênfase no desenvolvimento de estilos e práticas parentais positivas parecem ser centrais em intervenções parentais (CALEIRO; SILVA, 2012; GUISSO; BOLZE; VIERA, 2019), trazem resultados a curto prazo e tendem a se manter nas avaliações posteriores à intervenção.

Em relação às hipóteses 4, 5 e 6 referentes às alterações ocorridas no senso de competência parental nos três momentos de avaliação do grupo experimental, observou-se que esta variável apresentou valores significativamente maiores e com tamanho de efeito grande ($r > 0,50$) na fase pós-teste, quando comparados à etapa pré-teste, corroborando a hipótese 4. Sobre isso, argumenta-se que o senso de competência parental pode ser definido como as expectativas e as crenças que um indivíduo tem acerca da sua capacidade para desempenhar o papel parental de forma competente e eficaz (JOHNSTON; MASH, 1989; JONES; PRINZ, 2005; OHAN; LEUNG; JOHNSTON, 2000). Desse modo, é provável que as participantes, dotadas de um conjunto de estratégias e técnicas aprendidas e discutidas em grupo, tenham se sentido mais seguras no seu papel parental e, por isso, apresentaram pontuações altas na avaliação posterior à intervenção (pós-teste).

Não obstante tais resultados, nesta mesma variável (senso de competência parental), não foram observadas diferenças significativas entre as versões pré-teste e *follow-up*; e ainda foi notada uma redução significativa, com efeito grande ($r > 0,50$), do senso de competência parental entre as versões pós-teste e *follow-up*. Tais resultados contribuíram para rejeição da hipótese 5 e 6. Acerca disso, conjectura-se que, após um mês da intervenção, as dificuldades inerentes da relação mãe-filho tenham se mantido; e por não estarem mais inseridas em um grupo, em que, semanalmente, são discutidas e compartilhadas as dificuldades e as possíveis soluções, as inseguranças e os pensamentos disfuncionais relacionados ao papel parental reaparecem e os níveis de senso de competência parental tendem a reduzir. Portanto, como forma de promover cognições parentais funcionais, é importante que se proceda com sessões de apoio ou se incentive, mesmo após o término da intervenção, a manutenção de uma rede de apoio, o acesso

a textos informativos e a participação em outros grupos, cursos e palestras voltadas para pais (ROMERO *et al.*, 2013; WEBSTER-STRATTON, 2016)

Sobre as hipóteses 7, 8 e 9 referentes às mudanças ocorridas nas pontuações de estresse parental dentro do grupo experimental, observou-se que as hipóteses também foram apoiadas. Ou seja, a intervenção contribuiu para a redução dos sentimentos negativos decorrente do papel parental (ABIDIN, 1992; VIEIRA; ÁVILA; MATOS, 2012), com efeitos considerados grandes ($r > 0,50$), nas fases pós-teste e *follow-up*, quando comparados ao pré-teste; e com efeito pequeno ($0,10 < r < 0,30$) entre as avaliações pós-teste e *follow-up*. Estes resultados são semelhantes aos que foram observados na variável estilos parentais. Acerca disso, pode-se argumentar que a redução de estresse parental está diretamente relacionada à aquisição de habilidades parentais (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2016; PARK; WALTON-MOSS, 2012; RODRIGUEZ- JENKINS; MARCENKO, 2014) e, por isso, é importante que as intervenções priorizem não só os aspectos cognitivos e comportamentais, mas também emocionais envolvidos na relação pais-filhos.

No tocante às hipóteses 10, 11 e 12, relativas às avaliações dos níveis de capacidades e dificuldades no grupo experimental, observou-se que, após a intervenção ocorreu uma redução das queixas comportamentais infantis, com efeitos considerados grandes ($r > 0,50$), nas fases pós-teste e *follow-up*. Acerca disso, destaca-se que, mesmo que a intervenção apresentada tenha sido voltada exclusivamente para as cognições, emoções e comportamentos dos cuidadores, os seus resultados também foram visualizados no comportamento das crianças. Tais dados coincidem, por exemplo, com o que as pesquisas discutem acerca da relevância da intervenção parental na prevenção e no tratamento do comportamento antissocial infantil (BOCHI; FRIEDRICH; PACHECO, 2016; GALLO *et al.*, 2013; SAWRIKAR; *et al.*, 2018).

Em paralelo às proposições estabelecidas no grupo experimental, também foram estabelecidas um conjunto de hipóteses para o grupo controle (H13, H14, H15, H16). Uma vez que as participantes não foram submetidas à intervenção, foi observada uma constância nas pontuações das variáveis-alvo (estilos parentais, senso de competência parental, estresse parental; e capacidade e dificuldades infantis) entre os diferentes momentos da avaliação. Em outras palavras, estes dados sugerem que cuidadores (sem intervenção) com demandas e perfis parentais semelhantes ao grupo experimental tendem a manter pensamentos, comportamentos e emoções disfuncionais. Tais resultados sinalizam, apesar de suas limitações, que a intervenção aqui proposta apresenta efeitos satisfatório em termos de eficácia; e reafirmam a relevância dos

treinamentos parentais na aquisição de habilidades e na modificação do comportamento infantil (CAMINHA; CAMINHA; 2011; WESTPHAL; HABIGZANG, 2016).

Nas avaliações entre grupos foram comparadas as variáveis-alvos antes (H17) e depois (H18) do período de intervenção. Na etapa pré-teste, como era esperado, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nas medidas de linha de base, corroborando a hipótese 17. Porém, a hipótese levantada (H18) sobre as diferenças que estariam presentes nas variáveis-alvo do grupo de intervenção frente ao grupo controle após o período de intervenção não foi confirmada pelos resultados obtidos. Esse resultado, provavelmente, se deu devido a morte amostral, que pode ter fragilizado as comparações do estudo dado que o tamanho da amostra foi reduzido na fase pós-teste. Portanto, recomenda-se que, por meio da ampliação da amostra e do uso de estratégias para lidar com reduções amostrais, este aspecto seja mais bem avaliado.

Por fim, em relação à avaliação da intervenção pelas participantes, verificou-se uma boa aceitação dos procedimentos e dos recursos utilizados. Conjectura-se que isto esteja diretamente ligado à qualidade do protocolo utilizado, o qual focou em aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, não se limitou a discutir conteúdos voltados à redução dos comportamentos indesejados infantis, valorizou as experiências prévias dos participantes, possibilitou reflexões a partir de situações-problemas e incentivou o treino das habilidades dentro e fora do grupo. Tais aspectos, também presentes em outros programas parentais reconhecidos mundialmente, como o *Empecemos*, o *Coping Power* e *Incredible Years* (POWELL, *et al.*, 2017; ROMERO *et al.*, 2009; WEBSTER-STRATTON, 2011) parecem ser aspectos importantes na formulação de protocolos interventivos parentais bem-sucedidos.

8. DISCUSSÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desta tese foi propor e avaliar um programa de intervenção parental com foco na redução de comportamentos antissociais infantis. Para tanto, desenvolveram-se três estudos cujas metas específicas, confia-se terem sido atingidas.

O Estudo 1 analisou as propriedades psicométricas das Escala de Senso de Competência Parental (PSOC), da Escala de Estresse Parental (EEPA) e do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), bem como verificou a relação entre as variáveis-alvo da intervenção que seria elaborada posteriormente (estilos parentais, competência parental, estresse parental, capacidades e dificuldades comportamentais infantis; e comportamento antissocial infantil). Entre as principais contribuições trazidas, destaca-se a apresentação das evidências de validade e precisão da PSOC, da

EEPA e do SDQ, garantindo, para os estudos subsequentes, o uso de medidas confiáveis do ponto de vista psicométrico (PASQUALI, 2010).

Na PSOC, a versão com 17 itens e dois fatores (Satisfação e Eficácia) se mostrou adequada e apresentou resultados satisfatórios no que se refere à precisão ($\alpha \geq 0,70$; NUNNALLY, 1991). Tais resultados se assemelham aos encontrados no estudo original (JOHNSTON; MASH, 1989) e em outros contextos (SUWANSUJARID *et al.*, 2013; SEABRA-SANTOS *et al.*, 2015). Na Escala de Estresse Parental (EEPA), verificou-se que a estrutura de 16 itens e dois fatores, nomeados como Tensão parental e Prazer parental, foi semelhante a que foi encontrada em outros relatos e também reuniu bons parâmetros psicométricos de validade e precisão (BRITO; FARO, 2017; ORONÓZ; ALONSO-ARBIOL; BALLUERKA, 2007).

No Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), diferente da versão originalmente proposta (GOODMAN, 2001), foi observada uma estrutura fatorial de quatro fatores (Hiperatividade, Comportamentos Antissociais, Problema de Relacionamento e Problema Emocionais). Embora esta estrutura já tenha sido relatada (SAUR *et al.*, 2012), recomendou-se que análises adicionais fossem realizadas em contexto brasileiro. Ainda sobre este instrumento, observa-se que o SDQ não contemplou a complexidade conceitual do tema comportamento antissocial infantil discutida no tópico 2.1. Portanto, sugere-se que novas medidas sejam propostas com a finalidade de garantir melhor operacionalização do construto.

Ainda no Estudo 1, foi testada a relação entre as variáveis parentais (estilos parentais, competência parental, estresse parental) e o comportamento infantil, os resultados demonstraram associação entre as mesmas, sendo consistentes com os estudos acerca da temática (FERREIRA *et al.*, 2014; STASIAK; WEBER, TUCUNDUVA, 2014; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2016).

O Estudo 2, cujo objetivo foi elaborar e avaliar uma versão piloto da intervenção, apontou a necessidade de ajustes consideráveis na estrutura, no número de sessões, na duração do projeto, nos conteúdos e na metodologia empregada na primeira versão da intervenção. Tal estudo, juntamente com a experiência de Doutorado Sanduíche, foi basilar para o aprimoramento do programa. Sobre isso, destaca-se o contato direto da pesquisadora com os princípios e a estrutura do Programa *Incredible Years* (WEBSTER-STRATTON, 2016), o qual influenciou o estabelecimento das metodologias e conteúdos trabalhados no protocolo final do programa aqui proposto.

O Estudo 3 apresentou o Programa “Aprendendo sobre Filhos” e avaliou a eficácia desta proposta por meio de um estudo randomizado controlado. Não obstante a morte amostral observada e o número reduzido de participantes, os resultados encontrados foram promissores e permitiram inferir que o objetivo geral do estudo foi alcançado.

No grupo experimental, boa parte das hipóteses foram corroboradas (H1, H2, H3, H4, H7, H8, H9, H10, H11, H12) sendo observadas mudanças significativas, após implementação da intervenção, nas variáveis estilos parentais, estresse parental, competência parental e capacidades e dificuldades infantis; no grupo controle, conforme era esperado (H13, H14, H15, H16) não ocorreram diferenças entre as fases pré-teste e pós-teste. Tais resultados são coerentes com o que a literatura discute acerca dos efeitos das intervenções parentais (CALEIRO; SILVA, 2012; ROMERO *et al.*, 2013; VIEIRA; ÁVILA; MATOS, 2012; SAWRIKAR; *et al.*, 2018). Nas comparações entre grupos, antes do período de implementação, não foram observadas diferenças significativas nas variáveis-alvo (H17), dado considerado relevante na fundamentação dos estudos randomizados controlados (SOUZA, 2009).

Não obstante essas considerações, é preciso reconhecer que esta pesquisa também apresenta limitações, que precisam ser consideradas na compreensão dos resultados previamente descritos. Especificamente em relação ao Estudo 1, aponta-se como limitação o fato de que foram utilizadas apenas análises exploratórias para verificação da estrutura das medidas. Portanto, como direções futuras, sugere-se que se proceda com análises fatoriais confirmatórias.

No estudo 2, destaca-se o fato de que os seus dados quantitativos não foram utilizados para realizar cálculos de análise do poder, que informassem, por exemplo, a quantidade de participantes adequadas para o estudo 3. O uso desse procedimento não foi considerado pertinente, devido aos ajustes substanciais realizados na primeira versão da intervenção (número de sessões; alterações de conteúdos e metodologias), que não garantiu, por exemplo, que houvesse equivalência entre os protocolos aplicados nos dois estudos. Assim, no estudo 3, a quantidade de participantes aleatorizada foi definida arbitrariamente com base na demanda de pré-inscritos aptos em participar do estudo. Portanto, indica-se que tal cálculo seja realizado como critério para definir tamanho amostral nos próximos estudos que serão realizados com a versão final do protocolo.

Sobre o estudo 3, especificamente em relação à avaliação da eficácia da intervenção, observou-se que, devido a quantidade reduzida de participantes, atrelada à morte amostral ocorrida, as análises de dados ficaram restritas a estatísticas não-paramétricas, as quais não

permitiram, por exemplo, a comparação em uma mesma análise, das avaliações dentre e entre grupos. Em estudos posteriores, indica-se que, juntamente com a ampliação da amostra, sejam realizadas análises mais robustas, como é o caso da Anova de Medidas Repetidas para dois fatores. Acerca das hipóteses rejeitadas (H5, H6, H18), recomenda-se que este programa seja reavaliado em outros grupos e diferentes recortes temporais sejam considerados.

Em relação à intervenção propriamente dita, um aspecto que merece destaque é que, embora no estudo 3 a proposta tenha sido ampliada para outros cuidadores (como pais, avós, por exemplo), o número de participantes atingido com esse perfil foi inferior (apenas 2 pais), quando comparado à proporção de mães (n=23). Apesar da baixa adesão e levando em consideração a importância de se intervir com diferentes responsáveis, recomenda-se que as pesquisas/intervenções incentivem a adesão de qualquer cuidador que se intitule principal. Ademais, como aspectos que poderiam ser melhorados, destacam-se: a possibilidade de se disponibilizar *baby-sitters* no local da intervenção para os cuidadores que não tem com que deixar os filhos durante os encontros, a formação de grupos em diferentes horários e o aumento do número de encontros com inclusão de sessões de prevenção de recaída. Sugere-se ainda que, a curto e médio prazo, também sejam disponibilizadas versões do protocolo para intervenção direta com crianças e professores.

Finalmente, não obstante tais considerações, confia-se que esta tese, além de apresentar estudos psicométricos acerca de medidas, propôs uma intervenção com dados satisfatórios de eficácia no campo da educação parental, fundamentada na Terapia Cognitivo-Comportamental, e cujos os principais diferenciais foram: 1) abordagem e avaliação de diferentes elementos comportamentais, sociais, emocionais e cognitivos; 2) foco não só na redução dos comportamentos problemáticos, mas também na melhoria dos aspectos positivos envolvidos na relação pais-filho; e 3) apresentação de um protocolo com estudo de avaliação de eficácia, que comparou as diferentes variáveis trabalhadas ao longo na intervenção em função de grupos controle e experimental. Assim, espera-se que o Programa Aprendendo sobre Filhos seja replicado em novas pesquisas e utilizado como recurso na formulação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento psicossocial da criança em seus diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

- ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index - Manual**. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press, 1983.
- ABIDIN, R. R. The determinants of parenting behavior. **Journal of clinical child psychology**, v. 21, n. 4, p. 407-412, 1992.
- ABREU C. N. **Teoria do apego: Fundamentos, pesquisas e implicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- ABREU, A. *et al.* Treinamento de Pais e Autismo: Uma Revisão de Literatura. **Ciências & Cognição**, v. 21, n. 1, p. 7-22, 2016.
- ACHENBACH, T. Child behavior checklist/4-18. **Burlington: University of Vermont**, 1991.
- _____. Multi-informant and multicultural advances in evidence-based assessment of students' behavioral/emotional/social difficulties, **European Journal of Psychological Assessment**, v. 34, n.1, p. 127-140, 2017.
- AINSWORTH, M. D. S; BLEHAR, M. C., WATERS, E., & WALL, S. Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1978.
- AINSWORTH, M S.; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. **American psychologist**, v. 46, n. 4, p. 333- 340, 1991.
- ALGARVIO, S.; LEAL, I.; MAROCO, J. Parental Stress Scale: Validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. **Journal of Child Health Care**, v. 22, n. 4, p. 563-576, 2018.
- ANTONI, C.; KOLLER, S. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 17-30, 2010.
- ANTÚNEZ, Z. *et al.* Parental psychopathology levels as a moderator of temperament and oppositional defiant disorder symptoms in preschoolers. **Journal of child and family studies**, v. 25, n. 10, p. 3124-3135, 2016.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- _____. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ARAÚJO, F. Z; ARAÚJO, M. P. M. A criança com transtorno opositivo desafiador nas aulas de educação física: pressupostos inclusivos. **Linguagens, Educação e Sociedade**, v. 1, n. 37, p. 190-208, 2018.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARNOLD, A *et al.* The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. **Psychological Assessment**, v.5, n.2, p. 137-144, 1993

ASSIS, R. P. Práticas educativas, problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: um estudo comparativo e correlacional de medidas de relato. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem)- Faculdades de Ciências, UNESP, Bauru-SP.

ASSUMPÇÃO JR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

_____. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.

BANDURA, A. Social cognitive theory of moral thought and action. In: **Handbook of moral behavior and development**. Psychology Press, 2014. p. 69-128.

BANDURA, A.; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed,2008.

BANDURA, A.; WALTERS, R. H. **Social learning and personality development**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1963.

BARGAS, J. A; LIPP, M. E. Stress and maternal parental style in attention deficit hyperactivity disorder. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 2, p. 205-213, 2013.

BARKLEY, R. A. **Defiant children**. New York: Guilford Press, 1987.

_____. **Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training**. Guilford press, 2013.

BARKLEY, R. A.; BENTON, C. M. **Your defiant child: Eight steps to better behavior**. Guilford Press, 2013.

BARÓN, M. J.; ZAPIAIN, J.; APODACA, P. Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. **Psicothema**, v.14, n. 2, p. 469-475, 2002.

BARRETO, T. M. C.; ZANIN, C. R; DOMINGOS, N. A. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno explosivo intermitente: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 5, n. 1, p. 62-76, 2009.

BATISTA, A.P; WEBER, L. N. Análise de programas direcionados a comportamentos exteriorizados na infância e adolescência. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 78, p.1-7, 2014.

BATISTA, S. V.; MARTURANO, E. M. Intervenção para promover habilidades sociais e reduzir problemas de comportamento de crianças em um núcleo social. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 10, n. 2, p. 313-326, 2016.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child development**, v.37, n.4, p. 887-907, 1966.

BAZON, M. R. *et al.* Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. **Temas em psicologia**, v. 18, n. 1, p. 71-84, 2010.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

BECK, A; STEER, R. **Beck Depression Inventory manual**. USA: The Psychological Corporation, 1993.

BECKER, K. D. *et al.* The common elements of engagement in children's mental health services: Which elements for which outcomes? **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 44, n. 1, p. 30-43, 2015.

BELEAN, R. D.; NĂSTASĂ, L. E. The relationship between parental style, parental competence and emotional intelligence. **Bulletin of the Transilvania University of Brasov. Series VII, Social Sciences and Law.**, v. 10, n. 2, p. 181-190, 2017.

BENCHAYA, I.; FERREIRA, E. A. P.; DA SILVA BRASILIENSE, I. C. Efeitos de instrução e de treino parental em cuidadores de crianças com câncer. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 13-23, 2014.

BENDER, D.; LÖSEL, F.. Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. **Criminal behaviour and mental health**, v. 21, n. 2, p. 99-106, 2011.

BERNADO, M. O.; SILVA, R.T.; SANTOS, M. F. R. Transtorno desafiador opositor e a influência do ambiente sociofamiliar. **Revista Transformar**, v. 11, n.1, p. 129-150, 2017.

BERRY, J. O; JONES, W. H. The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. **Journal of Social and Personal Relationships**, v.12, n.3, p. 463-472, 1995.

BERRYHILL, M. B. Mothers' parenting stress and engagement: Mediating role of parental competence. **Marriage & Family Review**, v. 52, n. 5, p. 461-480, 2016.

BJØRSETH, A.; WICHSTRØM, L.. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. **PloS one**, v. 11, n. 9, p. 1-10, 2016.

BOCHI, A.; FRIEDRICH, D.; PACHECO, J. T. Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 549-563, 2016.

BOWLBY, J. **Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego**. Paidós Ibérica, 2015.

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

BOLSONI-SILVA, A.T *et al.* Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p.104-108, 2010.

_____. Problemas de comportamento, em ambiente familiar em escolares e pré-escolares diferenciados pelo sexo. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 49, n. 3, p.354-364, 2015.

_____. Problemas de comportamento e funcionamento adaptativo no teacher's report form (TRF): comparações por gênero e escolaridade. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 141-155, 2016.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003.

BOLSONI-SILVA, A.T; FOGAÇA, F. F. **PROMOVE-PAIS-Treinamento de habilidades sociais educativas**: guia teórico e prático. São Paulo: Editora Hogrefe, 2018.

BOLSONI-SILVA, A.T; LOUREIRO, S. R. Validação do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P). **Avaliação psicológica**, v. 9, n. 1, p. 63-75, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E.M.; SILVEIRA, F. F. **Cartilha informativa**: Orientação para pais e mães. São Carlos: Suprema, p. 1-4, 2006.

BOLSONI-SILVA, A.; PERALLIS, C.; NUNES, P. Problemas de comportamento, competência social e desempenho acadêmico: um estudo comparativo de crianças no ambiente escolar e familiar. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 1189-1204, 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F. F.; RIBEIRO, D. C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. **Contextos Clínic**, v. 1, n. 1, p. 19-27, 2008.

BORGES, J. L. *et al.* Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. **PsicoUSF**, v. 13, n. 1, p. 125-133, 2008.

BORNSTEIN, M. H.; PUTNICK, D. L.; SUWALSKY, J. T. Parenting cognitions→ parenting practices→ child adjustment? The standard model. **Development and psychopathology**, v. 30, n. 2, p. 399-416, 2018.

BORSA, J. C.; BANDEIRA, D. R. (Orgs.). **Comportamento agressivo na infância**: da teoria à prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

BORSA, J. C; NUNES, M. L. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. **Aletheia**, v.1, n. 34, p.32-46, 2017.

BORSA, J.; DAMÁSIO, B; BANDEIRA, Denise. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p.423-432, 2012.

BORTOLINI, Marcela; ANDRETTA, Ilana. Práticas parentais coercitivas e as repercussões nos problemas de comportamento dos filhos. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 73, p.1-9, 2017.

BOWLBY, J. Apego e perda. 3.ed. São Paulo: Globo, 1951.

_____. Apego e perda—Apego: a natureza do vínculo (Vol. 1) (A. Cabral, Trad.). 1990.

_____. O papel do apego no desenvolvimento da personalidade. _____. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 117-132, 1989.

_____. **A secure base: Clinical applications of attachment theory.** Taylor & Francis, 2005.

BRADSHAW, Catherine P.; WAASDORP, Tracy E.; LEAF, Philip J. Effects of school-wide positive behavioral interventions and supports on child behavior problems. **Pediatrics**, v. 130, n. 5, p. 1136-1145, 2012.

BRETHERTON, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. **Developmental psychology**, v. 28, n. 5, p. 759, 1992.

BRITO, Ariane; FARO, André. Diferenças por sexo, adaptação e validação da Escala de Estresse Parental. **Avaliação Psicológica**, v. 16, n. 1, p.38-47, 2017.

BRONFENBRENNER, U; EVANS, G. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social development**, v. 9, n. 1, p. 115-125, 2000.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The bioecological model of human development. Em Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.). **Handbook of child psychology**, Vol. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley, 2006.

BRONFENBRENNER, U. **Making human beings human: bioecological perspectives on human development.** California: Sage Publications, 2005.

_____. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos.** Artmed Editora, 2011.

BROWNELL, C. A. Early development of prosocial behavior: Current perspectives. **Infancy**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2013.

BUENO, L.M.; GOMES, F. K.; BARBIERI, V. Percepção da dinâmica familiar por crianças antissociais: um estudo comparativo com o procedimento de desenhos de famílias com histórias. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 10-17, 2010.

BULLARD, L. *et al.* Effects of the Oregon model of Parent Management Training (PMTO) on marital adjustment in new stepfamilies: A randomized trial. **Journal of Family Psychology**, v. 24, n. 4, p. 485-493, 2010.

BURKE, J. D.; LOEBER, R. Evidence-Based Interventions for Oppositional Defiant Disorder in Children and Adolescents. **Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents**, p. 181, 2016.

BURKE, J. D.; ROWE, R.; BOYLAN, K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 264-272, 2014.

CABALLO, V **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. SP: Editora Santos, 2002.

CALEIRO, F. M.; SILVA, R. S. Técnicas de modificação do comportamento de crianças com treinamento de pais: uma revisão da literatura. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 23, p. 129-142, 2012.

CAMILO, C.; GARRIDO, M. V. Desenho e avaliação de programas de desenvolvimento de competências parentais para pais negligentes: Uma revisão e reflexão. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 3, p. 245-268, 2013.

CAMINHA, M. G; CAMINHA, R. M. (org.). **Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil**. Porto Alegre: Sinopsys Editora, 2011.

CAMINHA, R; CAMINHA, M; DUTRA, C. **A prática cognitiva na infância e na adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

CAPONI, S. N. Security devices, psychiatry and crime prevention: the TOD and the notion of a dangerous child. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 298-310, 2018.

CARNEIRO, C.; COUTINHO, L. Infância e adolescência: como chegam as queixas escolares à saúde mental? **Educar em Revista**, v.1. n. 56, p. 181-192, 2015.

CARPENTER, A. L. *et al.* Extending parent–child interaction therapy for early childhood internalizing problems: New advances for an overlooked population. **Clinical child and family psychology review**, v. 17, n. 4, p. 340-356, 2014.

CASSIANO, M.. **Investigação de um programa cognitivo-comportamental de orientação de pais no contexto de promoção de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2014.

CASTRO, C. X. L.; LIMA, R. F.. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Revista Psicopedagogia**, v. 35, n. 106, p. 61-72, 2018.

CATALANO, R. F.; HAWKINS, J. D. The social development model: A theory of antisocial behavior. In: HAWKINS, J. D. (Ed.). **Delinquency and crime: Current theories**. Nova York: Cambridge University Press., 1996.

CAYE, A. *et al.* Preditores de persistência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) até a idade adulta: uma revisão sistemática da literatura. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre, 2014.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003.

CHESS, S.; THOMAS, A. **Goodness of fit**: Clinical applications, from infancy through adult life. Brunner/ Mazel, 1999.

CHESS, S.; THOMAS, A. **Temperament**: Theory and practice. Brunner/ Mazel, 1996.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S; CIA, F.. Relações entre a saúde mental de estudantes do ensino fundamental e as práticas e estilos parentais. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 504-513, 2015.

CFP. Resolução 009/2018. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, 2018.

CLARK, Lee Anna; WATSON, David. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. **Psychological assessment**, v. 7, n. 3, p. 309- 317, 1995.

COCCARO, E. F. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. **American Journal of Psychiatry**, v. 169, n.6, p.577-588, 2012.

COLLODEL-BENETTI, Idonézia *et al.* Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicología**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

COMER, Jonathan S. *et al.* Rationale and considerations for the Internet-based delivery of Parent–Child Interaction Therapy. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 22, n. 3, p. 302-316, 2015.

CONTRERAS, L.; DEL CARMEN CANO, M. Child-to-parent violence: The role of exposure to violence and its relationship to social-cognitive processing. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**, v. 8, n. 2, p. 43-50, 2016.

COPELAND, W. E. *et al.* Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 170, n. 2, p. 173-179, 2013.

CORDIOLI A.V. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008

CORNET, L. J. M *et al.* Neurobiological changes after intervention in individuals with anti-social behaviour: A literature review. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v. 25, n. 1, p. 10-27, 2014.

COUTO, V. D.; TAVARES, M. A. Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. **Revista da SPAGESP**, v. 17, n. 2, p.120-136, 2016.

CUMMINGS, S. R.; GRADY, D.; HULLEY, S. B. Designing a randomized blinded trial. **Designing clinical research**, v. 3, n.1, p. 147-61, 2007.

CUNHA, M. P.; BORGES, L. M.; BEZERRA, C. B. Infância e Saúde Mental: perfil das crianças usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 27-35, 2017.

- CUNHA, K.C. *et al.* Estresse parental e paralisia cerebral. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 433-450, 2017.
- DAMASIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012.
- DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993.
- DAYTON, C. J. ; MALONE, J. C. Development and socialization of physical aggression in very young boys. **Infant mental health journal**, v. 38, n. 1, p. 150-165, 2017.
- DEKLYEN, M.; SPELTZ, M. L. Attachment and conduct disorder. In: HILL, J; MAUGHAN, B. **Conduct disorders in childhood and adolescence**, p. 320-345, 2001.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Editora Vozes Limitada, 2017.
- DELISI, M.,*et al.* Criminally Explosive: Intermittent Explosive Disorder, Criminal Careers, and Psychopathology among Federal Correctional Clients. **International Journal of Forensic Mental Health**, v. 16, n.4, p. 293-303, 2017.
- DESSEN, M. A.; PEREIRA-SILVA, N. L. A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.). **Temas em Educação Especial – Avanços recentes** (pp.85-89). São Carlos: EDUFSCar. Social Development, v 9, n.1, p.115-125, 2004.
- DIAMANTOPOULOU, S.; RYDELL, A.M; ; HENRICSSON, L.. Can Both Low and High Self-esteem Be Related to Aggression in Children?. **Social Development**, v. 17, n. 3, p. 682-698, 2008.
- DISHION, T. J. *et al.* Prevention of problem behavior through annual family check-ups in early childhood: Intervention effects from home to early elementary school. **Journal of abnormal child psychology**, v. 42, n. 3, p. 343-354, 2014.
- DISHION, T.. Gerald Roy Patterson (1926–2016). 2017.
- DODGE, K. A. Community intervention and public policy in the prevention of antisocial behavior. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 1-2, p. 194-200, 2009.
- DOMITROVICH, C. E. *et al.* Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. **Child development**, v. 88, n. 2, p. 408-416, 2017.
- DONATO, C. R. Como o transtorno opositivo desafiador pode prejudicar as relações sociais e escolares no colégio de aplicação. **Scientia Plena Jovem**, v. 5, n. 1, p.45-50, 2017.
- DORN, L. D. *et al.* Influence of treatment for disruptive behavior disorders on adrenal and gonadal hormones in youth. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 40, n. 4, p. 562-571, 2011.

DOUGHERTY, L. R. *et al.* DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. **Psychological Medicine**, v. 44, n. 11, p. 2339-2350, 2014.

DURIC, N. S. *et al.* Multimodal treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month follow-up. **Nordic journal of psychiatry**, v. 71, n. 5, p. 386-394, 2017.

EISENBERG, N. *et al.* Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. **Developmental psychology**, v. 45, n. 4, p. 988, 2009.

ELKINS, R. M. *et al.* Parent-Child Interaction Therapy and Its Adaptations. **Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment**, p. 271, 2016.

ELLIOTT, M. C.; DUPÉRÉ, V.; LEVENTHAL, T. Neighborhood Context and the Development of Criminal and Antisocial Behavior. In: **The development of criminal and antisocial behavior**. Springer, Cham, 2015.

ERSKINE, H. E. *et al.* The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 26, n. 4, p. 395-402, 2017.

FALCÃO, A. *et al.* PROMOVE-Crianças: efeitos de um treino em habilidades sociais para crianças com problemas de comportamento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p.590-612, 2016.

FATORI, Daniel *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.9, p. 3013-3020, 2018.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; STANLEY, L. A preliminary evaluation of the Incredible Years teacher programme. **New Zealand journal of psychology**, v. 42, n. 2, p. 51-56, 2013.

FERNANDES, D.P. Explicando Comportamentos Antissociais: Uma análise do modelo da coerção de Patterson. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

FERREIRA, B. *et al.* Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. **Análise Psicológica**, v. 32, n. 2, p. 145-156, 2014.

_____. Escala de sentimento de competência parental. Análise confirmatória do modelo de medida numa amostra de pais portugueses. **Laboratório de Psicologia**, v.9, n.2, 147-155, 2011.

FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ); Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc.**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FORGATCH, M. S.; GEWIRTZ, A. H. **The Evolution of the Oregon Model of Parent**

Management Training, p. 85, 2017.

FORGATCH, M. S.; KJØBLI, J. Parent management training—Oregon model: Adapting intervention with rigorous research. **Family process**, v. 55, n. 3, p. 500-513, 2016.

FORGATCH, M. S.; PATTERSON, G. R. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. WEISZ & A. E. KAZDIN (Eds.), **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents** (p. 159–177). The Guilford Press.

FORGATCH, M. S.; RAINS, L. A.; SIGMARSDÓTTIR, Margrét. Early Results From Implementing Pmt. **Family-Based Prevention Programs for Children and Adolescents: Theory, Research, and Large-Scale Dissemination**, p. 113, 2015.

FORGATCH, M. **Parenting Through Change: A Training Manual**. Oregon Social Learning Center, 1994.

FUNDERBURK, B. W.; EYBERG, S. Parent–child interaction therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), **History of psychotherapy: Continuity and change** (p. 415–420). American Psychological Association, 2011.

GALLO, A. *et al.* Intervenção em grupo para ensino de práticas parentais a mães de crianças com problemas de comportamento. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 6, n. 2, p. 187-202, 2013.

GALVÃO, D. O.; PEREIRA, C. T; FORTI, M. C. Transtorno Explosivo Intermitente: Revisão De Literatura. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, p.130-45, 2016.

GELKOPF, M.; JABOTARO, S. E. Parenting style, competence, social network and attachment in mothers with mental illness. **Child & Family Social Work**, v. 18, n. 4, p. 496-503, 2013.

GILMORE, L.; CUSKELLY, M. Factor structure of the Parenting Sense of Competence Scale using a normative sample. **Child: Care, health and development**, v. 35, n.1, p.48-55, 2008.

GOLD, Dylann C. **Examination of Group Format Parent-Child Interaction Therapy Adapted for Anxiety Disorders**. Hofstra University, 2016.

GOLDSMITH, H. H. *et al.* Roundtable: What is temperament? Four approaches. **Child development**, v.58, n.1, p. 505-529, 1987.

GOMES, V. F; BOSA, C. A. Mental representations of attachment and the perception of parental practices by young adults. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 11-18, 2010.

GOMIDE, P. I. C. **A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes**. Red Anais da Academia Brasileira de Ciências, 2000.

_____. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A. e DEL PRETTE, Z. (Ed.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea Editora, 2003. p.21-60.

_____. Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes. Curitiba: Juruá, 2010.

_____. **Inventário de Estilos Parentais (IEP): modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. Avaliação de uma intervenção para redução de comportamentos antissociais e aumento da escolarização em adolescentes de uma instituição de acolhimento. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 25, n. 1, p. 25-40, 2017.

GOMIDE, P.I.C *et al.* Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **PsicoUSF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOODMAN, R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 11, p. 1337-1345, 2001.

GRADY, J. S.; KARRAKER, K. Mother and child temperament as interacting correlates of parenting sense of competence in toddlerhood. **Infant and Child Development**, v. 26, n. 4, p. 1997- 2002, 2017.

GRAHAM, J. *et al.* Cultural differences in moral judgment and behavior, across and within societies. **Current Opinion in Psychology**, v. 8, n.1, p. 125-130, 2016.

GRANIC, I.; PATTERSON, G. R. Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. **Psychological review**, v. 113, n. 1, p. 101-131, 2006.

GRANIC, I; HOLLENSTEIN, T. Dynamic systems methods for models of developmental psychopathology. **Development and psychopathology**, v. 15, n. 3, p. 641-669, 2003.

GREENFIELD, P. M.; COCKING, R. R. (Ed.). **Cross-cultural roots of minority child development**. Psychology Press, 2014.

GUISSO, L.; BOLZE, S. A; VIERA, M. L. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 1, p. 226-255, 2019.

HAIR Jr., J. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARLEY, M.; MURTAGH, A.; CANNON, M. Conduct disorder—psychiatry's greatest opportunity for prevention: A commentary on 'From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization' by Hodgins *et al.*(2007). **Psychological Medicine**, v. 38, n. 7, p. 929-931, 2008.

- HAYES, S. A.; WATSON, S. L. The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 43, n. 3, p. 629-642, 2013.
- HAYTON, J. C.; ALLEN, D. G.; SCARPELLO, V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. **Organizational research methods**, v. 7, n. 2, p. 191-205, 2004.
- HEINRICHS, N.; KLIEM, S.; HAHLWEG, K. Four-year follow-up of a randomized controlled trial of Triple P Group for parent and child outcomes. **Prevention Science**, v. 15, n. 2, p. 233-245, 2014.
- HEMBREE-KIGIN, T. L.; MCNEIL, C. B. **Parent—child interaction therapy**. Springer Science & Business Media, 2013.
- HEMPHILL, S. A. *et al.* The effect of school suspensions and arrests on subsequent adolescent antisocial behavior in Australia and the United States. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, n. 5, p. 736-744, 2006.
- HENGGELER, S. W.; SHEIDOW, A. J. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. **Journal of marital and family therapy**, v. 38, n. 1, p. 30-58, 2012.
- HENRIQUES, B. Qualidade da vinculação e comportamento antissocial na infância. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n. 1, p.35-43, 2014.
- HORA, A. F. *et al.* A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. **Psicologia**, v. 29, n. 2, p. 47-62, 2015.
- JOHNSTON, C.; MASH, E. J. A measure of parenting satisfaction and efficacy. **Journal of clinical child psychology**, v. 18, n. 2, p. 167-175, 1989.
- JOHNSTON, C.; PARK, J. L.; MILLER, N. V. Parental cognitions: Relations to parenting and child behavior. In: **Handbook of parenting and child development across the lifespan**. Springer, Cham, p. 395-414, 2018.
- JONES, T. L.; PRINZ, R. J. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n.3, p.341-363, 2005.
- JUNG, J. *et al.* Dynamic progression of antisocial behavior in childhood and adolescence: A three-wave longitudinal study from Germany. **Applied Developmental Science**, v. 22, n. 1, p. 74-88, 2018.
- JUSTO, A. R.; CARVALHO, J. C. N.; KRISTENSEN, C. H. Desenvolvimento da empatia em crianças: a influência dos estilos parentais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 510-523, 2014.

KANAMOTA, P. F.; BOLSONI-SILVA, A. T.; KANAMOTA, J. Efeitos do programa Promove-Pais, uma terapia comportamental aplicada a cuidadoras de adolescentes com problemas de comportamento. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento**, v. 25, n. 2, p.197-214, 2017.

KAPLAN, H. B.; MARTIN, S. S.; JOHNSON, R. J. Self-rejection and the explanation of deviance: Specification of the structure among latent constructs. **American Journal of Sociology**, v.92, n.2, p. 384-411, 1986.

KENNEDY, S. C. *et al.* Does Parent–Child Interaction Therapy reduce future physical abuse? A meta-analysis. **Research on social work practice**, v. 26, n. 2, p. 147-156, 2016.

KIM, S. *et al.* Developmental trajectory from early responses to transgressions to future antisocial behavior: Evidence for the role of the parent–child relationship from two longitudinal studies. **Development and psychopathology**, v. 26, n. 1, p. 93-109, 2014.

KLEIN, V. C ; LINHARES, M. B. Temperamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 4, p.821-829, 2010.

KNUTSON, N. M. *et al.* Fidelity of Implementation Rating System (FIMP): The manual for PMTO™ (revised ed.). **Eugene, OR: Implementation Sciences International**, 2009.

KOBARG, A.P; SACHETTI, V.R; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 16, n. 2, p. 96-102, 2006.

KRIEGER, F. V.; STRINGARIS, A. **Bipolar disorder and disruptive mood dysregulation in children and adolescents: assessment, diagnosis and treatment**. 2013.

KRISTAL, J. The temperament perspective. **Working with children’s behavioral styles**, 2005.

KULPER, D. A., KLEIMAN, E. M., MCCLOSKEY, M. S., BERMAN, M. E., & COCCARO, E. F. (2015). The experience of aggressive outbursts in intermittent explosive disorder. **Psychiatry research**, v. 225, n.3, p. 710-715, 2015.

LABELLA, M. H.; MASTEN, A.S. Family influences on the development of aggression and violence. **Current opinion in psychology**, v. 19, n.1, p. 11-16, 2018.

LANDIM, I.; BORSA, J. C. Revisão sistemática sobre programas de intervenção para redução de comportamentos agressivos infantis. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 1, p. 110-129, 2017.

LANSFORD, J. E. *et al.* Peer rejection, affiliation with deviant peers, delinquency, and risky sexual behavior. **Journal of youth and adolescence**, v. 43, n. 10, p. 1742-1751, 2014.

LARSON, J.; LOCHMAN, J. E. **Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive-behavioral intervention**. Guilford Press, 2010.

LATHAM, G. P.; SAARI, L. M. Application of social-learning theory to training supervisors through behavioral modeling. **Journal of Applied Psychology**, v. 64, n. 3, p. 239, 1979.

LENHARD, W.; LENHARD, A. Calculation of Effect Sizes. Disponível em: https://www.psychometrica.de/effect_size.tml. Psychometrica, 2016.

LEIJTEN, P. *et al.* Research Review: Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 59, n. 2, p. 99-109, 2018.

LEME, V. *et al.* Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 181-193, 2016.

LEÓN, C. B. R. *et al.* Funções executivas e desempenho escolar em crianças de 6 a 9 anos de idade. **Revista Psicopedagogia**, v. 30, n. 92, p. 113-120, 2013.

LEUNG, C.; TSANG, S. M. The Chinese parental stress scale: psychometric evidence using Rasch modeling on clinical and nonclinical samples. **Journal of personality assessment**, v. 92, n. 1, p. 26-34, 2010.

LEUSIN, J. F.; PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C.. Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. **Revista da SPAGESP**, v. 19, n. 1, p. 49-61, 2018.

LIMA, M.G *et al.* **O efeito da auto-percepção parental no risco de mau trato infantil: o papel moderador do sexo e do suporte social dos pais.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e das Organizações). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, 2011.

LINS, T. *et al.* Problemas externalizantes e agressividade infantil: uma revisão de estudos brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, p.57-75, 2013.

LOCHMAN, J. E. *et al.* Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the coping power program for aggressive children?. **Journal of abnormal child psychology**, v. 42, n. 3, p. 367-381, 2014.

_____. Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 83, n. 4, p. 728, 2015.

_____. Variation in response to evidence-based group preventive intervention for disruptive behavior problems: a view from 938 coping power sessions. **Journal of abnormal child psychology**, v. 45, n. 7, p. 1271-1284, 2017.

LOCHMAN, J. E.; WELLS, K. C. Contextual social–cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power program. **Development and psychopathology**, v. 14, n. 4, p. 945-967, 2002.

LOCHMAN, J.E.; WELLS, K.; LENHART, L. Coping Power: Child Group Facilitator's Guide. New York: Oxford University Press, 2008.

LUDMER, J A. *et al.* Comparing the Multicomponent Coping Power Program to Individualized Parent–Child Treatment for Improving the Parenting Efficacy and Satisfaction

of Parents of Children with Conduct Problems. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 49, n. 1, p. 100-108, 2018.

MAASKANT, A. M. *et al.* Effects of PMTO in foster families with children with behavior problems: A randomized controlled trial. **Journal of child and family studies**, v. 26, n. 2, p. 523-539, 2017.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: HETHERINGTON, M. **Handbook of child psychology**. USA: Publisher Wiley, v. 4, n.2, p. 1-101, 1983.

MAKIN-BYRD, K. *et al.* Individual and family predictors of the perpetration of dating violence and victimization in late adolescence. **Journal of youth and adolescence**, v. 42, n. 4, p. 536-550, 2013.

MALIK, T. A. *et al.* Preliminary efficacy of a behavioral parent training program for children with ADHD in Pakistan. **Journal of attention disorders**, v. 21, n. 5, p. 390-404, 2017.

MARTIN, M. A. F. *et al.* Estilos parentais e habilidades sociais em pais de crianças e adolescentes com síndrome de williams bauren. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 12, n. 1, 2018.

MARTINS, G. L.; LEÓN, C. R.; SEABRA, A. G. Estilos parentais e desenvolvimento das funções executivas: estudo com crianças de 3 a 6 anos. **Psico**, v. 47, n. 3, p. 216-227, 2016.

MASSE, J. *et al.* Examining the efficacy of parent-child interaction therapy with children on the autism spectrum. **Journal of Child and Family Studies**, v. 25, n. 8, p. 2508-2525, 2016.

MATOS, M.; BAUERMEISTER, J.; BERNAL, G. Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. **Family process**, v. 48, n. 2, p. 232-252, 2009.

MAZZONI, Henata Mariana; TABAQUIM, Maria de Lourdes Merighi. Distúrbio de conduta e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma análise diferencial. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 13, n. 18, p. 29-44, 2015.

MCCLOSKEY, M., NOBLETT, K. L., HINES, E. J., & COCCARO, E. R. Intermittent explosive disorder. **Corsini Encyclopedia of Psychology**, 2017.

MCWILLIAM, J. ; TURNER, K. T; SANDERS, M. R. The Triple P-Positive Parenting Program: A Community-Wide Approach to Parenting and Family Support. In: **Family-Based Prevention Programs for Children and Adolescents**. Psychology Press, 2015. p. 146-171.

MENTING, A.T. A; CASTRO, B. O; MATTHYS, W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 8, p. 901-913, 2013.

MERSKY, J. P. *et al.* Adapting Parent-Child Interaction Therapy to foster care: Outcomes from a randomized trial. **Research on social work practice**, v. 26, n. 2, p. 157-167, 2016.

MERTON, R. K. **Sociologia: Teoria e estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1938/1968.

MESMAN, J.; VAN IJZENDOORN, M. H.; SAGI-SCHWARTZ, A. Cross-cultural patterns of attachment. In: **Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications**. Guilford New York, NY, 2016. p. 852-877.

MESQUITA, M. L. G. de *et al.* Parental training for the behavioral management of children with Prader-Willi Syndrome: impact on the mental health and parenting practices of the caregiver. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 5, p. 1077-1087, 2016.

METSÄPELTO, R.L. *et al.* Developmental dynamics between children's externalizing problems, task-avoidant behavior, and academic performance in early school years: A 4-year follow-up. **Journal of Educational Psychology**, v. 107, n. 1, p. 246-252, 2015.

MINETTO, M. F. *et al.* Parental stress and educational practices of parents of young children with typical and atypical development. **Educar em Revista**, v.1, n. 43, p. 117-132, 2012.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 1, n. 4, p. 275-278, 2011.

MONDIN, E. M. C. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 233-244, 2017.

MORAWSKA, A.; TOMETZKI, H; SANDERS, M. R. An evaluation of the efficacy of a triple P-positive parenting program podcast series. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 35, n. 2, p. 128-137, 2014.

MORGADO, A. M.; DIAS, M. L; V; PAIXÃO, M. P. O desenvolvimento da socialização e o papel da família. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 2, p. 129-144, 2013.

MOTTA, F. M. N. **De crianças a alunos: a transição da educação infantil para o ensino fundamental**. Cortez Editora, 2016.

MÜLLER, Christoph Michael *et al.* Effects of classroom composition on the development of antisocial behavior in lower secondary school. **Journal of Research on Adolescence**, v. 26, n. 2, p. 345-359, 2016.

MURATORI, Pietro *et al.* First adaptation of Coping Power program as a classroom-based prevention intervention on aggressive behaviors among elementary school children. **Prevention science**, v. 16, n. 3, p. 432-439, 2015

_____. Coping Power adapted as universal prevention program: Mid term effects on children's behavioral difficulties and academic grades. **The journal of primary prevention**, v. 37, n. 4, p. 389-401, 2016.

_____. Implementing coping power adapted as a universal prevention program in Italian primary schools: a randomized control trial. **Prevention science**, v. 18, n. 7, p. 754-761, 2017.

MURRAY, D. W.; LAWRENCE, J. R.; LAFORETT, D. R. The Incredible Years® Programs

for ADHD in Young Children: A Critical Review of the Evidence. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, v. 26, n. 4, p. 195-208, 2017.

MURRAY, J.; FARRINGTON, D. P. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 55, n. 10, p. 633-642, 2010.

MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007.

MUSHTAQ, A. *et al.* Preliminary effectiveness study of coping power program for aggressive children in Pakistan. **Prevention science**, v. 18, n. 7, p. 762-771, 2017.

NELSON, S. K.; KUSHLEV, K.; LYUBOMIRSKY, S. The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being?. **Psychological Bulletin**, v. 140, n. 3, p. 846, 2014.

NEUFELD, C. B.; MAEHARA, N. P. Um programa cognitivo-comportamental de orientação de pais em grupo. In: *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*[S.l: s.n.], 2011.

NIEC, L. N. *et al.* Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 84, n. 8, p. 682, 2016.

NIQUICE, F.; POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Motivações do comportamento infrator e perspectivas do futuro de jovens reclusos da cidade de maputo/moçambique: uma visão bioecológica. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 1, p. 34-47, 2017

NOGUEIRA, S. C; RODRIGUES, O.M. Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, p.35-44, 2016.

NUNNALLY, J. C. **Teoría psicométrica**. México, DF: Trillas, 1991.

O'NEAL, C. R. *et al.* Understanding relations among early family environment, cortisol response, and child aggression via a prevention experiment. **Child development**, v. 81, n. 1, p. 290-305, 2010.

ODGERS, C. L. *et al.* Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. **Archives of general psychiatry**, v. 64, n. 4, p. 476-484, 2007.

OHAN, J. L.; LEUNG, D. W.; JOHNSTON, C. The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 32, n. 4, p. 251-259, 2000.

OLÁZ, F. O. Contribuições da teoria socialcognitiva de Bandura para o treinamento de habilidades sociais. Em A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.). **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações** (pp. 109-148). Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, E. *et al.* Currículo de formação no futebol: interface da teoria bioecológica e a pedagogia do esporte. **Revista Corpoconsciência**, v. 21, n. 3, p. 97-108, 2017.

OLIVEIRA, T. *et al.* Sentimento de Competência Parental. **Sensos-e**, v. 4, n. 1, p. 72-78, 2017.

OLIVEIRA, J. M.; ALVARENGA, P. Efeitos de uma intervenção com foco nas práticas de socialização parentais sobre os problemas internalizantes na infância. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 17, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A. C. Estratégias de enfrentamento de estudantes com sintomas do TDAH para adaptação acadêmica. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 19, n. 2, p.269-280, 2017.

Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde. 1º edição, Lisboa, 2002.

ORONOZ, B.; ALONSO-ARBIOL, I.; BALLUERKA, N. A spanish adaptation of the Parental Stress Scale. **Psicothema**, v. 19, n. 4, p.687-692, 2007.

ORTI, N; BOLSONI-SILVA, A. Problemas internalizantes: revisão de intervenções sobre as práticas parentais. **Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva**, v. 19, n.2, p.138-159, 2017.

ÖSTBERG, M.; RYDELL, A. M. An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD. **Nordic journal of psychiatry**, v. 66, n. 2, p. 123-130, 2012.

OZER, E. J. *et al.* Protective factors for youth exposed to violence in their communities: a review of family, school, and community moderators. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 46, n. 3, p. 353-378, 2017.

PACHECO, J. *et al.* Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 1, p. 55-61, 2005.

PACHECO, J. B; HUTZ, C. Simon. Variáveis familiares preditoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v,25, n. 2 (abr/jun 2009), p. 213-219, 2009.

PACHO, Z. R. **Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa de entrenamiento para padres**. Univ Santiago de Compostela, 2010.

PADILLA, J. P.; LARA, B. L.; ÁLVAREZ-DARDET, S. M. Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2010.

PAGANI *et al.*, L. Risk factor models for adolescent verbal and physical aggression toward fathers. **Journal of Family Violence**, v. 24, n. 3, p. 173-182, 2009

PARDINI, D.; FRICK, P. J. Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 20, 2013.

PARDO, M. B. *et al.* Competência Educativa Parental: Estudo de Propriedades Psicométricas da Escala com Amostra Brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 243-251, 2018.

PARIZ, J. Resenha crítica do livro Comportamento agressivo na infância: da teoria à prática, organizado por Juliane Callegaro Borsa e Denise Ruschel Bandeira. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 2, p. 91-93, 2015.

PARK, Hyunjeong; WALTON-MOSS, Benita. Parenting style, parenting stress, and children's health-related behaviors. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 33, n. 6, p. 495-503, 2012.

PASQUALI, L *et al.* **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PASTORELLI, Concetta *et al.* Positive parenting and children's prosocial behavior in eight countries. **Journal of child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n. 7, p. 824-834, 2016.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Mudanças Psicol Saude**, v. 21, n. 1, p. 29-40, 2013.

PATTERSON, G. R.; DEBARYSHE, B. D.; RAMSEY, E. A developmental perspective on antisocial behavior. **American psychologist**, v. 44, n. 2, p. 329-335, 1989.

PATTERSON, G. R.; DISHION, T. J.; YOERGER, K. Adolescent growth in new forms of problem behavior: Macro-and micro-peer dynamics. **Prevention science**, v. 1, n. 1, p. 3-13, 2000.

PATTERSON, G. REID, J. B.; DISHION, T. J. **Antisocial boys**. Santo André: ESETEC, 2002.

PATTERSON, G. R.; CAPALDI, Deborah; BANK, Lew. An early starter model for predicting delinquency. In: **An earlier draft of this chapter was presented at the Earls court Conference on Childhood Aggression, Toronto, Canada, Jun 1988**. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1991.

PATTERSON, G. R.; FORGATCH, M. S.; DEGARMO, David S. Cascading effects following intervention. **Development and psychopathology**, v. 22, n. 4, p. 949-970, 2010.

PAULA, C. S. *et al.* The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. **PloS one**, v. 9, n. 2, p. 241-250, 2014.

PAYNE, A. A; WELCH, K. Restorative justice in schools: The influence of race on restorative

discipline. **Youth & Society**, v. 47, n. 4, p. 539-564, 2015.

PEREIRA, A. I.; BARROS, L. Parental cognitions and motivation to engage in psychological interventions: A systematic review. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 50, n. 3, p. 347-361, 2019.

PEREIRA, K.; EDUVIRGEM, R. V.; MONTEIRO, M. L. Problemas comportamentais de crianças com TDAH no âmbito escolar. **Educere-Revista da Educação da UNIPAR**, v. 17, n. 1, p.14-20, 2017.

PETERSEN, C.; WAINER, R. **Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**. Artmed Editora, 2011.

PETRESCO, S. *et al.* Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 49, n. 6, p. 975-983, 2014.

PIDANO, A. E.; ALLEN, A. R. The Incredible Years series: A review of the independent research base. **Journal of Child and Family Studies**, v. 24, n. 7, p. 1898-1916, 2015.

PINGAULT, J. *et al.* Childhood trajectories of inattention, hyperactivity and oppositional behaviors and prediction of substance abuse/dependence: a 15-year longitudinal population-based study. **Molecular psychiatry**, v. 18, n. 7, p. 806-812, 2013.

PINHEIRO, M. I. S; HAASE, V. G. Treinamento de pais. In M. N. Baptista & M. L. M. Teodoro (Eds.) **Psicologia da família. Teoria, avaliação e intervenções** (pp. 234-248). Porto Alegre: ARTMED, 2011.

PINSONNEAULT, M. *et al.* **Low intelligence and poor executive function as vulnerabilities to externalizing behavior**. In: P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), Oxford library of psychology. **The Oxford handbook of externalizing spectrum disorders**, p. 375-400, 2015.

PINTO, H. M.; CARVALHO, A. R; SÁ, E. N. Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: Estratégias de regulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. **Análise Psicológica**, v. 32, n. 4, p. 387-400, 2014.

PIQUERO, A. R. *et al.* A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. **Journal of Experimental Criminology**, v. 12, n. 2, p. 229-248, 2016.

PIZATO, E. C; MARTURANO, E, M; FONTAINE, A. M. Trajetórias de habilidades sociais e problemas de comportamento no ensino fundamental: influência da educação infantil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 1, p. 189-197, 2014.

POLANCZYK, G. V. *et al.* Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

PORTNOY J; FARRINGTON D. Resting heart rate and antisocial behavior: an updated systematic review and meta-analysis. **Aggress Violent Behav**, v. 22, n.1, p. 33-45, 2015.

PORTNOY, J. *et al.* Heart rate and antisocial behavior: The mediating role of impulsive sensation seeking. **Criminology**, v. 52, n. 2, p. 292-311, 2014.

POWELL, N. P. *et al.* The Coping power program for aggressive behavior in children. **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**, Guilford, New York, p.159-176, 2017.

PRICE, J. M.; CHIAPA, A; WALSH, N. E Predictors of externalizing behavior problems in early elementary-aged children: The role of family and home environments. **The Journal of genetic psychology**, v. 174, n. 4, p. 464-471, 2013.

PRINZ, R.J., *et al.* Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. **Prevention Science**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2009.

PUZZO, I. *et al.* Neurobiological, neuroimaging, and neuropsychological studies of children and adolescents with disruptive behavior disorders. **Family Relations**, v. 65, n. 1, p. 134-150, 2016.

QOUTA, S. *et al.* Does war beget child aggression? Military violence, gender, age and aggressive behavior in two Palestinian samples. **Aggressive behavior**, v. 34, n. 3, p. 231-244, 2008.

RAINE, A. *et al.* Low heart rate as a risk factor for child and adolescent proactive aggressive and impulsive psychopathic behavior. **Aggressive Behavior**, v. 40, n. 4, p. 290-299, 2014.

RANGÉ, B (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. **Jornal de pediatria**, v. 89, n. 2, p. 124-130, 2013.

RESCORLA, L. *et al.* International Comparisons of the Dysregulation Profile Based on Reports by Parents, Adolescents, and Teachers. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 48, n. 6, p. 866-880, 2018.

RIBEIRO, M. F; PORTO, C. C.; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n.1, p. 1705-1715, 2013.

RIOS, K. D. S. A.; WILLIAMS, L. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: Uma revisão. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 799-806, 2008.

RÍOS-SALDAÑA, M. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. A importância da teoria da aprendizagem social na constituição da área do Treinamento de Habilidades Sociais. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 269-283). Santo André,

SP: ESETec, 2002.

ROCHA, G. V. M.. **Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2008.

ROCHA, M. M; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais educativas para mães de crianças com TDAH e a inclusão escolar. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 60, p.1-13, 2017.

RODRIGUEZ-JENKINS, J.; MARCENKO, M. O. Parenting stress among child welfare involved families: Differences by child placement. **Children and Youth Services Review**, v. 46, p. 19-27, 2014.

ROGERS, H.; MATHEWS, J. The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity of an Australian sample. **Australian Psychologist**, v. 39, n.1, p. 88-96, 2004

ROMERO, E. Teorías sobre delincuencia en los 90. **Anuario de psicología jurídica**, v.8, n.1, p. 31-59, 1998.

ROMERO, E. *et al.* EmPeCemos. Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable. Santiago de Compostela: Tórculo, 2005.

_____. EmPeCemos: Un programa multicomponente para la prevención indicada de los problemas de conducta y el abuso de drogas. **Revista Española de Drogodependencias**, v. 4, p. 420-447, 2009.

_____. **Empecemos**: Programa para intervención en problemas de conductas infantiles (Manual). TEA Ediciones, S.A.U: Madrid, 2013.

_____. Intervention on early-onset conduct problems as indicated prevention for substance use: A seven-year follow up Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. **Adicciones**, v. 29, n. 3, p. 150-162, 2017.

ROTHER, R. L.; MEJIA, M. G. Análise da aplicabilidade da teoria bioecológica do desenvolvimento humano no esporte a partir de uma revisão bibliográfica. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, p.1-14, 2015.

ROWE, R. *et al.* Defining oppositional defiant disorder. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 46, n. 12, p. 1309-1316, 2005.

_____. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. **Journal of abnormal psychology**, v. 119, n. 4, p. 726, 2010.

ROY, A. K.; LOPES, V.; KLEIN, R. G. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnostic approach to chronic irritability in youth. **American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 9, p. 918-924, 2014.

RUBIN, K. H.; ROOT, A. K.; BOWKER, J. Parents, peers, and social withdrawal in childhood: A relationship perspective. **New directions for child and adolescent development**, v. 2010, n. 127, p. 79-94, 2010.

RUTTER, M. Temperament: changing concepts and implications. **Prevention And Early Intervention**, p. 23, 2013.

SABBAG, G.M; BOLSONI-SILVA, A. T. Interações entre mães e adolescentes e os problemas de comportamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, p. 68-83, 2015.

SALALI, G. D.; JUDA, M.; HENRICH, J. Transmission and development of costly punishment in children. **Evolution and Human Behavior**, v. 36, n. 2, p. 86-94, 2015.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais (IEP)–Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. **Psicologia Argumento**, v. 25, n. 48, p. 15-26, 2017.

SANDERS *et al.* Every Family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. **Journal of Primary Prevention**, v. 29, n.1, p.197-222, 2008.

SANDERS, M. R. *et al.* The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. **Clinical psychology review**, v. 34, n. 4, p. 337-357, 2014.

SANDERS, M. R.; MARKIE-DADDS, C.; TURNER, K.T. **Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program**: A population approach to the promotion of parenting competence. Queensland: Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland, 2003.

SANTOS, W. **Explicando comportamentos socialmente desviantes: uma análise do compromisso convencional**. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

SANTOS, L. M. *et al.* Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 1, p. 46-52, 2016.

SAWRIKAR, V. *et al.* The role of parental attributions in predicting parenting intervention outcomes in the treatment of child conduct problems. **Behaviour research and therapy**, v. 111, n.1, p. 64-71, 2018.

SAUR, A. M. *et al.* Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 4, p. 619-629, 2012.

SCARAMELLA, L. V. *et al.* Evaluation of a Social Contextual Model of Delinquency: A Cross-Study Replication. **Child development**, v. 73, n. 1, p. 175-195, 2002.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I.. Vinculação do adulto e o apego materno fetal. **Journal of**

Health Sciences, v. 8, n. 1, p.1-15, 2015.

SCHMIDT, B.; STAUDT, A. P.; WAGNER, A. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**. São Leopoldo. Vol. 9, n. 1 (jan./jun. 2016), p. 2-18., 2016.

SCHNEIDER, A. C; RAMIRES, V. R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, v.1, n. 26, p.1-15, 2007.

SCHOORL, J. *et al.* Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study. **European child & adolescent psychiatry**, v. 26, n. 7, p. 805-813, 2017.

SCHULTZ, N. W. *et al.* A compreensão sistêmica do bullying. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 247-254, abr./jun. 2012.

SEABRA-SANTOS, M. J. *et al.* Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. **Avaliação Psicológica**, v. 14, n. 1, p 1-15, 2015.

SEABRA-SANTOS, M. J. **Diferenças individuais no temperamento**. Almedina: 2007.

SÉGUIN, J. R.; PINSONNEAULT, M.; PARENT, S.. Executive Function and Intelligence in the Development of Antisocial Behavior. In: **The development of criminal and antisocial behavior**. Springer, Cham, 2015. p. 123-135.

SEISDEDOS, N. **Cuestionario AD: conductas antisociales-delictivas: Manual**. Tea, 1988.

SERRA-PINHEIRO, M. A.; GUIMARÃES, M. M.; SERRANO, M. E. A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 2, p. 68-72, 2005.

SHAW, D. S.; WINSLOW, E. B. Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. 1997.

SHAW, D. S. *et al.* Trajectories and Predictors of Children's Early-Starting Conduct Problems: Child, Family, Genetic, and Intervention Effects. **Development and psychopathology**, v. 31, n. 5, p. 1911-1921, 2019.

SIDMAN, M.; ANDERY, M. A; SÉRIO, T. M. **Coerção e suas implicações**. Editorial Psy, 1995.

SIGMARSDÓTTIR, M.; RAINS, Laura A.; FORGATCH, Marion S. PARENT MANAGEMENT TRAINING—OREGON MODEL. **Evidence-based Parenting Education: A Global Perspective**, v.1, n,2, p. 192, 2015.

SILVA, L. R. F. Transtorno da conduta: uma oportunidade para a prevenção em saúde mental?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 165-173, 2011.

SILVA, M. L.; VIEIRA, M. L.; SCHNEIDER, D. R. Envolvimento paterno em famílias de criança com transtorno do espectro autista: contribuições da teoria Bioecológica do

Desenvolvimento Humano. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 36, n. 90, p. 66-85, 2016.

SKALICKÁ, V.; STENSENG, F.; WICHSTRØM, L.. Reciprocal relations between student–teacher conflict, children’s social skills and externalizing behavior: A three-wave longitudinal study from preschool to third grade. **International Journal of Behavioral Development**, v. 39, n. 5, p. 413-425, 2015.

SKREDEN, M. *et al.* Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. **Scandinavian journal of public health**, v. 40, n. 7, p. 596-604, 2012.

SMITH, J. D. *et al.* Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. **Development and psychopathology**, v. 26, n. 4, p. 917-932, 2014.

SONG, J. *et al.* Early callous-unemotional behavior, theory-of-mind, and a fearful/inhibited temperament predict externalizing problems in middle and late childhood. **Journal of abnormal child psychology**, v. 44, n. 6, p. 1205-1215, 2016.

SORENSEN, L. C.; DODGE, K. A. How does the fast track intervention prevent adverse outcomes in young adulthood?. **Child development**, v. 87, n. 2, p. 429-445, 2016.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado?. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009

SOUZA, J.; GALINDO, E. M. C. ; CARVALHO, A. M. P. Saúde mental infantil: tendências atuais. **Temas em Educação e Saúde**, v. 4, n.1, p. 1-7, 2017.

STADLER C, G *et al.* Heart rate and treatment effect in children with disruptive behavior disorders. **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 39, n.1, p.299-309, 2009.

STASIAK, G. R; WEBER, L. N.; TUCUNDUVA, C. Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 494-501, 2014.

SUMARGI, A.; SOFRONOFF, K.; MORAWSKA, A.. A randomized-controlled trial of the Triple P-Positive Parenting Program Seminar Series with Indonesian parents. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46, n. 5, p. 749-761, 2015.

SUTHERLAND, E. H.; CRESSEY, D. R.; LUCKENBILL, D. F. **Principles of criminology**. USA: Rowman & Littlefield, 1992.

SUWANSUJARID, T. *et al.* Validation of the parenting sense of competence scale in fathers: Thai version. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, v. 44, n.5,p 916-26, 2013.

TABACHNICK, B. FIDELL, L. **Using multivariate statistics**. Nova York: Allyn & Bacon, 2001.

THEULE, J. *et al.* Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, v. 21, n. 1, p. 3-17, 2013.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M.. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

THIJSEN, J. *et al.* The effectiveness of parent management training—Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in The Netherlands. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 48, n. 1, p. 136-150, 2017.

THOMAS, R. *et al.* Parent-child interaction therapy: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, p. 345-352, 2017.

TONDOWSKI, C. S. *et al.* Estilos parentais como fator de proteção ao consumo de tabaco entre adolescentes brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n.1, p. 2514-2522, 2015.

TOURIAN, L. *et al.* Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 41, 2015.

TOZZE, K. F.; BOLSONI-SILVA, A. T. Intervenção em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizantes. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 4, p.1-15, 2018.

TTOFI, M. M. *et al.* School bullying and drug use later in life: A meta-analytic investigation. **School psychology quarterly**, v. 31, n. 1, p. 8-15, 2016.

TUDGE, J. R. H *et al.* Still Misused After All These Years? A Reevaluation of the Uses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. **Journal of Family Theory & Review**, v. 8, n. 4, p. 427-445, 2016.

VELASQUEZ, R., *et al.* O treinamento de pais e cuidadores: Ensinando a educar e promovendo a saúde mental. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n.2, p.182-188, 2010.

VERISSIMO, M. *et al.* The relation between quality of attachment and the development of social competence in preschool children. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 292-299, 2011.

VIEIRA, J., ÁVILA, M.; MATOS, P. Attachment and parenting: The mediating role of work family balance in Portuguese parents of preschool children. **Family Relations**, v. 61, n.1, p. 31-50, 2012.

VIEIRA, T. M; MENDES, F.D.; GUIMARÃES, L.C. Social learning and aggressive and playful behaviors of pre-school boys. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 544-553, 2010.

WACHLAROWICZ, M. *et al.* The moderating effects of parent antisocial characteristics on the effects of Parent Management Training-Oregon (PMTO™). **Prevention Science**, v. 13, n. 3, p. 229-240, 2012.

WEBER, L. N. D.; SALVADOR, A. P. V.; BRANDENBURG, O. J. Escalas de Qualidade na

Interação Familiar–EQIF. **Pesquisando a família: instrumentos para coleta e análise de dados**, v. 18, n. 62, p. 44-48, 2009.

WEBER, , L. N. D ; BRANDENBURG, O. J; SALVADOR, A. P. Programa de Qualidade na Interação Familiar (PQIF): Orientação e treinamento para pais. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 7, 2006.

WEBER, L. N. D.; SALVADOR, A. P.; BRANDENBURG, O. **Programa de Qualidade na Interação Familiar-Manual para Aplicadores**. Juruá Editora, 2014.

WEBER, L. N. D. **Eduque com carinho**: para pais e filhos. Curitiba: Juruá, 2005.

WEBSTER-STRATTON, C. **The Incredible Years**: parents, teachers and child's training series: program content, method, research an dissemination. USA, Seattle: The Incredible Years, 2011.

_____. The incredible years parent programs: Methods and principles that support program fidelity. **Evidence-based parenting education: A global perspective**, p. 142-160, 2016.

_____. Guia de **Resolução de Problemas** para Pais de Crianças dos 2 aos 8 Anos de Idade, Psiquilibrios Edições (4ª edição portuguesa), 2016

_____. **The parent and child series**: A comprehensive course divided into four programmes – Leaders' guide. Seattle: The Incredible Years, 2001.

WEBSTER-STRATTON, C.; RINALDI, J. ; REID, J. M. Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of adolescent adjustment. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 16, n. 1, p. 38-46, 2011.

WELLAUSEN, R. S.; BANDEIRA, D.. O Tipo de Vínculo entre Pais e Filhos está Associado ao Desenvolvimento de Comportamento Antissocial? **Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 3, 2010.

WELLS, K. C.; LOCHMAN, J. E.; LENHART, L. **Coping Power**: Parent Group Facilitator's Guide. New York: Oxford University Press, 2008.

WENTZEL, K. R.; RAMANI, G. B. (Ed.). **Handbook of social influences in school contexts: Social-emotional, motivation, and cognitive outcomes**. Routledge, 2016.

WERTZ, J. *et al.* From Childhood Conduct Problems to Poor Functioning at Age 18 Years: Examining Explanations in a Longitudinal Cohort Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 57, n. 1, p. 54-60. e4, 2018.

WESTPHAL, M. P; HABIGZANG, L. F. Treinamento de pais na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura. **Revista da Graduação**, v. 9, n. 1,p.1-13, 2016.

WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. **Violence prevention the evidence**. Geneva: Geneva: World Health Organization, 2010.

WILKINSON, P. O conceito de problemas internalizantes em crianças e adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 373-381, 2009.

WILSIE, C *et al.* Parent-Child Interaction Therapy in Child Welfare. In: **Parenting and Family Processes in Child Maltreatment and Intervention**. Springer, Cham, 2017. p. 107-125.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

WICHSTRØM, L. *et al.* Explaining the relationship between temperament and symptoms of psychiatric disorders from preschool to middle childhood: hybrid fixed and random effects models of Norwegian and Spanish children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 59, n. 3, p. 285-295, 2018.

ZEPHYR, L. *et al.* Problèmes de comportement chez l'enfant victime d'agression sexuelle: Le rôle de l'attachement. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 47, n. 1, p. 91-99, 2015.

ANEXO A- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

ORIENTAÇÕES GERAIS

Cara mãe,

Antes de começar, leia as seguintes observações:

Observação 1. Em alguns itens, usamos os termos filho e pai, em sentido genérico, mas também se aplicam a filha e mãe, respectivamente;

Observação 2. É fundamental que você responda a todos os itens;

Observações 3. Caso você tenha mais de um filho (ou filha) na faixa etária de 3 a 7 anos, antes de iniciar, escolha um deles e responda com base exclusivamente em sua relação com ele (ou ela).

Sobre o filho ou filha que você escolheu para responder:

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Em que tipo de escola a criança estuda () Pública () Privada

Qual a série/ano atual da criança?

() Creche () Infantil III () Infantil IV () Infantil V () 1ª ano do ensino Fundamental

() 2ª ano de Ensino Fundamental () 3º ano do Ensino Fundamental

() 4º ano do Ensino Fundamental () 5º ano do Ensino Fundamental

Quanto irmãos a criança tem? () Nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

Quando seu filho está em casa, quem passa mais tempo cuidando dele?

() Mãe () Pai () Irmão/Irmã () Avô/Avó () Outra Pessoa. Quem? _____

Com que frequência a criança pratica alguma atividade física ou esporte?

() Nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

Com que frequência a criança faz atividades de diversão/lazer (praias, cinema, parques, viagens...)?

() Nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

Com que frequência você recebe reclamações da escola sobre o comportamento da criança?

() Nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

A criança tem algum problema de saúde? () Sim. Qual? _____ () Não () Não sei

A criança toma alguma medicação constantemente? () Sim Qual? _____ () Não () Não sei

Das pessoas que convivem com a criança, alguém apresenta histórico de doença mental (depressão, esquizofrenia, entre outros)?

() Não

() Sim Quem (ex. pai, irmão..)? _____

Por fim, gostaríamos de algumas informações gerais sobre VOCÊ:

Qual a sua idade?: _____ anos

Cidade e Estado que mora: _____

Qual a sua orientação sexual?

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Outro:

Qual o seu estado civil?

Solteiro (a)

Casado (a)

Convivente/Mora Junto

Separado (a) / Divorciado (a)

Outro: _____

Se for casado/ convi-
vente, faz quanto tempo?

_____anos _____ meses

É com o pai da cri-
ança?

Sim

Não

Quantos filhos você tem?

0

1

2

3

4

**5 ou
mais**

Quantos filhos moram com você?

0

1

2

3

4

**5 ou
mais**

Você mora com a criança sobre a qual você
respondeu o questionário?

Sim

Não

Com quantos anos você foi mãe pela primeira vez? _____ anos

Qual a sua religião?

Católica

Evangélica

Espírita

Nenhuma

Outra:

Em que medida você se considera comprometido com a sua religião? Utilize a escala de resposta abaixo.

Nada 0 1 2 3 4 5 Muito

Qual seu nível de escolaridade?

Sei ler e escrever, mas nunca frequentei a escola

Ensino Médio (2º Grau) Completo

Ensino Fundamental (1º Grau) Incompleto

Ensino Superior (3º Grau) Incompleto

Ensino Fundamental (1º Grau) Completo

Ensino Superior (3º Grau) Completo

Ensino Médio (2º Grau) Incompleto

Qual a renda mensal de sua família (soma dos salários de todas as pessoas que moram em sua casa)?

Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 1000,00)

1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1000,00 a R\$ 2000,00)

2 a 3 salários mínimos (de R\$ 2001,00 a R\$ 3000,00)

3 a 4 salários mínimos (de R\$ 3001,00 a R\$ 4000,00)

4 ou mais salário mínimos (acima de R\$ 40001,00)

Em que medida você está satisfeito(a) com sua renda mensal?

Nada Satisfeito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito Satisfeito

No último ano, você vivenciou alguma situação abaixo? Marque quantas opções for necessário.

Desemprego

Divórcio

Problema grave de saúde

Nascimento de um filho

Morte de um ente querido

Mudança de residência

Sofreu algum evento traumático (roubo, assalto, acidente..)

Dificuldades Financeiras

Qual (is) horário(s) você trabalha?

Manhã

Tarde

Noite

Não trabalha

Você mora na mesma casa que a criança?

Sim

Não

Se sim, quantas pessoas moram nesta casa (incluindo você)?

1 a 2 Pessoas

3 a 5 pessoas

6 ou mais pessoas

Quantos cômodo/compartimento(s) existem na casa?

1 Cômodo 2 Cômodos 3 Cômodos 4 ou mais
Cômodos

Por favor, diga-nos quantos dos itens, abaixo, a sua casa possui. Marque com um X a quantidade de cada item.

Item	Quantidade				
Radio	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro	0	1	2	3	4 ou mais
Automóvel	0	1	2	3	4 ou mais
Empregada Doméstica	0	1	2	3	4 ou mais
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou mais
DVD ou Videocassete	0	1	2	3	4 ou mais
Geladeira	0	1	2	3	4 ou mais
Freezer ou Geladeira Duplex	0	1	2	3	4 ou mais

Com que frequência você consome bebidas alcólicas?

Nunca 0 1 2 3 4 5 Sempre

Com que frequência você fuma?

Nunca 0 1 2 3 4 5 Sempre

Já teve problemas com a Justiça?

Sim Não

Já teve ou tem Depressão?

Sim Não

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO (ESTUDO 1)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS E PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM MÃES

Pesquisadora responsável: Darlene Pinho Fernandes de Moura

Prezado(a) colaborador(a),

Você é convidada a participar desta pesquisa, que tem a finalidade de propor e avaliar um programa de intervenção para mães de crianças com comportamento antissocial. Esta etapa do estudo envolverá o preenchimento de um livreto com 8 questionários, o qual leva em torno de 45 minutos para ser respondido por completo.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Mães maiores de 18 anos com filhos entre 3 e 7 anos. Esta será, inevitavelmente, amostra de conveniência, não-probabilística, participarão da pesquisa aqueles participantes que de forma voluntária, quando convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo, você deve responder a um livreto envolvendo questões sobre variáveis familiares relacionadas ao comportamento dos filhos. Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder o questionário em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento ou desconforto que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Você poderá se recusar a participar ou confirmar seu

desejo de participar em outro momento. Caso opte em participar e sentir a necessidade de aprofundar alguma demanda emocional/psicológica decorrente das questões envolvidas na pesquisa, estaremos encaminhando para o Serviço de clínica-escola de Psicologia da universidade em que a pesquisadora está vinculada e fornecendo informações sobre espaços e formas de busca de cuidado na rede de saúde mental, clínicas comunitárias, entre outros, da cidade de Fortaleza.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas. Seu nome não será mencionado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca das variáveis explicativas do comportamento antissocial infantil, auxiliando a elaboração de um programa de intervenção relacionado ao tema.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Pesquisadora responsável: Darlene Pinho Fernandes de Moura

Orientador: Walberto S. Santos

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 33667723

Email p/ contato: darlene.fernandes@ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:**

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46.

Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Eu, _____, _____ anos,
RG: _____, E-mail: _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante

Nome da testemunha (se o participante não souber ler)

Assinatura da testemunha

_____ **Data** _____

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

_____ **Data** _____

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO (ESTUDO 2 e ESTUDO 3)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS E PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM MÃES

Pesquisadora responsável: Darlene Pinho Fernandes de Moura

Prezado(a) colaborador(a),

Você é convidada a participar desta pesquisa, que tem a finalidade de propor e avaliar um programa de intervenção para mães de crianças com comportamento antissocial. Nesta etapa do estudo, você é convidada a participar de um projeto de intervenção semanal (com aproximadamente 9 sessões) e com duração de aproximadamente duas horas. Além da intervenção, você é convidada a preencher um livreto com 8 questionários durante três ocasiões (antes, depois e após um mês da intervenção). Em cada ocasião em que o livreto for aplicado, você levará em torno de 45 minutos para responder o instrumento por completo. Dados os critérios de pesquisa, é provável que, em um primeiro momento, você seja alocado em uma lista de espera. Porém, após o período de espera (aproximadamente dois meses), você será convidada para participar da intervenção.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Mães maiores de 18 anos com filhos entre 3 a 7 anos. Esta será, inevitavelmente, amostra de conveniência, não-probabilística, em que participarão da pesquisa aqueles participantes que de forma voluntária, quando convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo, você deve responder a um livreto envolvendo questões relacionadas ao tema estudado e você também será convidado a participar de um projeto de intervenção. Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder o questionário em qualquer momento da pesquisa,

sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o (a) responsável pela pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento ou desconforto que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Você poderá se recusar a participar ou confirmar seu desejo de participar em outro momento. Caso opte em participar e sentir a necessidade de aprofundar alguma demanda emocional/psicológica decorrente das questões envolvidas na pesquisa, estaremos encaminhando para o Serviço de clínica-escola de Psicologia da universidade em que a pesquisadora está vinculada e fornecendo informações sobre espaços e formas de busca de cuidado na rede de saúde mental, clínicas comunitárias, entre outros, da cidade de Fortaleza.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento das respostas. Seu nome não será mencionado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca das variáveis explicativas do comportamento antissocial infantil, contribuindo diretamente para a elaboração de um programa de intervenção relacionado ao tema.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Pesquisadora responsável: Darlene Pinho Fernandes de Moura

Orientador: Walberto S. Santos

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 33667723

Email p/ contato: darlene.fernandes@ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:**

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46.

Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Eu, _____, _____ anos,

RG: _____, E-mail: _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante

Nome da testemunha (se o participante não souber ler)

Assinatura da testemunha

_____ **Data** _____

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

_____ **Data** _____

ANEXO D- PARECER PLATAFORMA BRASIL

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS E PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM MÃES

Pesquisador: DARLENE PINHO FERNANDES DE MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79882417.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.583.150

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa COMPORTAMENTOS ANTISSOCIAIS NA INFÂNCIA: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS E PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM MÃES, da pesquisadora Darlene Pinho Fernandes de Moura, tem o objetivo de propor e avaliar um programa de intervenção em comportamento antissocial infantil para mães de crianças de 3 a 11 anos. Para tanto, serão desenvolvidos três estudos. O estudo 1 pretende contar com aproximadamente 400 mães da cidade de Fortaleza-CE e tem o objetivo de propor uma medida de estresse parental e verificar as propriedades psicométricas dos demais instrumentos utilizados, bem como verificar as relações entre as variáveis. O estudo 2, com público de cerca de 15 mães, além da elaboração do programa de intervenção para mães, visa desenvolver um estudo piloto do programa a fim de se verificar possíveis necessidades de ajustes da intervenção. O estudo 3, contará com cerca de 60 participantes e pretende verificar a eficácia do programa proposto mediante um estudo randomizado aleatorizado. Como resultado, os pesquisadores esperam contribuir para o aprofundamento das variáveis psicossociais relacionadas ao tema, além de propor uma estratégia eficaz para a intervenção parental em comportamento antissocial infantil.

Continuação do Parecer: 2.583.150

comportamentos antissociais infantis. Secundariamente, Elaborar um instrumento de estresse parental para mães; Analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados; Verificar o poder preditivo das variáveis familiares no comportamento antissocial infantil; Elaborar um programa de intervenção com mãe voltados para redução do comportamento antissocial em crianças; Avaliar a eficácia do programa de intervenção; Promover a redução do comportamento antissocial em crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um projeto de baixo risco para os participantes, apenas algum desconforto decorrente de prestar informações pessoais nos questionários ou grupo de intervenção psicológica. Para o caso da necessidade de aprofundamento de alguma demanda emocional/psicológica, os participantes serão encaminhados ao Serviço de Clínica-Escola de Psicologia da Universidade em que a pesquisadora está vinculada. A pesquisadora se compromete em prestar informações sobre espaços e formas de busca de cuidado na rede de saúde mental, clínicas comunitárias, entre outros, da cidade de Fortaleza. Os participantes tem seu anonimato garantido, assim como sua participação é voluntária e a desistência pode ocorrer a qualquer momento sem ônus para o participante. Não há benefício material direto decorrente da participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema relevante e o projeto se adequa às exigências éticas no tratamento com os participantes da pesquisa. Metodologia explícita e coerente com as hipóteses e objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.

O Termo de consentimento livre e esclarecido está adequado, claro e detalha os termos da pesquisa.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

ANEXO E -QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE (ESTUDO 3)

INSTRUÇÕES: Gostaríamos que respondesse algumas informações sobre a criança e você:

Qual o seu parentesco com a criança-alvo?

() Mãe () Pai () Irmão/Irmã () Avô/Avó () Outra Pessoa. Quem? _____

Sobre a criança

Demográfico

Quantos irmãos mais novos a criança tem? _____

Quantos irmãos mais velhos a criança tem? _____

Desenvolvimento

Algum evento significativo ocorreu durante a gestação/parto da criança?

() Sim () Não () Não sei. Se sim, o que?*

Era fácil lidar com a criança quando ele (a) era um bebê? () Sim () Não

A criança tem algum problema de saúde? () Sim. Qual? _____ () Não () Não sei

A criança toma alguma medicação constantemente? () Sim Qual? _____ () Não () Não sei

Das pessoas que convivem com a criança, alguém apresenta histórico de doença mental (depressão, esquizofrenia, entre outros)?

() Não

() Sim Quem (ex. pai, irmão..)? _____

Comportamento

Com que frequência você recebe reclamações da escola sobre o comportamento da criança?

() Nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

Como você avalia o relacionamento da criança com você?

Nada

Satisfatório

Pouco

Satisfatório

Satisfatório

Muito

Satisfatório

Não se aplica

Rotina

Quando a criança está em casa, quem passa mais tempo cuidando dela?

() Mãe () Pai () Irmão/Irmã () Avô/Avó () Outra Pessoa. Quem? _____

Há algum tipo de discordância envolvida na forma de educar a criança? () Sim () Não

Justifique:

Com que frequência a criança pratica alguma atividade física ou esporte?

() Nunca () Às vezes () Frequentemente () Sempre

Que horas a criança geralmente acorda? _____

Que horas a criança geralmente dorme? _____

Descreva brevemente a rotina da criança:

	Durante a semana	Fins de Semana/Feriados
Manhã		
Tarde		
Noite		

Aponte três características comportamentais ou temperamentais do seu filho (exemplo: teimoso, alegre).

Positivas	Negativas

Por fim, gostaríamos de algumas informações gerais sobre VOCÊ:

Qual a sua idade?: _____ anos Cidade e Estado que mora: _____

Qual o seu estado civil?

- Solteiro (a) Casado (a) Convivente/Mora Junto
- Separado (a) / Divorciado (a) Outro: _____

Quanto filhos você tem (especificar idade e gênero)? _____

Qual a sua religião?

- Católica Evangélica Espírita Nenhuma Outra: _____

Em que medida você se considera comprometido com a sua religião? Utilize a escala de resposta abaixo.

Nada 0 1 2 3 4 5 Muito

Qual seu nível de escolaridade?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sei ler e escrever, mas nunca frequentei a escola | <input type="checkbox"/> Ensino Médio (2º Grau) Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (1º Grau) Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior (3º Grau) Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (1º Grau) Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior (3º Grau) Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio (2º Grau) Incompleto | |

Qual a renda mensal de sua família (soma dos salários de todas as pessoas que moram em sua casa)?

- Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 1000,00)
- Entre 1 e 2 salários mínimos (de R\$ 1000 a R\$ 2000,00)
- Entre 2 e 3 salários mínimos (de R\$ 2000,01 a R\$ 3000,00)
- Entre 3 e 4 salários mínimos (de R\$ 3000,01 a R\$ 4000,00)

4 ou mais salários mínimos (acima de R\$ 4000, 01)

Em que medida você está satisfeito(a) com sua renda mensal? **Nada Satisfeito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito Satisfeito**

No último ano, você ou alguém da família vivenciou alguma situação abaixo? Marque quantas opções for necessário.

- Desemprego Divórcio Problema grave de saúde Nascimento de um filho
- Morte de um ente querido Mudança de residência Sofreu algum evento traumático (roubo, assalto, acidente) Dificuldades Financeiras
- Problemas com a justiça

Qual a sua profissão? _____

Qual (is) horário(s) você trabalha? (Pode marcar mais de uma opção, se necessário.)

- Manhã Tarde Noite Não trabalho

O que você costuma fazer nas horas vagas? _____

Você mora na mesma casa que a criança? Sim Não

Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você)? _____

Quanto (s) cômodo/compartimento (s) existem na casa?

- 1 Cômodo 2 Cômodos 3 Cômodos 4 ou mais

Por favor, diga-nos quantos dos itens, abaixo, a sua casa possui. Marque com um X a quantidade de cada item.

Item	Quantidade				
Radio	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão	0	1	2	3	4 ou mais
Computador/Notebook	0	1	2	3	4 ou mais

Banheiro	0	1	2	3	4 ou mais
Automóvel	0	1	2	3	4 ou mais
Empregada Doméstica	0	1	2	3	4 ou mais
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou mais
DVD ou Blu-ray	0	1	2	3	4 ou mais
Geladeira	0	1	2	3	4 ou mais
Freezer ou Geladeira Duplex	0	1	2	3	4 ou mais

Com que frequência você consome bebidas alcóolicas?

Nunca 0 1 2 3 4 5 Sempre

Com que frequência você fuma?

Nunca 0 1 2 3 4 5 Sempre

Agradecemos sua colaboração!

ANEXO F- FICHA DE AVALIAÇÃO SEMANAL (ESTUDO 3)**AVALIAÇÃO DA SESSÃO SEMANAL****NOME:** _____**ENCONTRO:** _____ **DATA:** ___/___/___**Para mim o conteúdo deste encontro foi:**

Nada útil Pouco útil Útil Bastante útil

Para mim as atividades práticas deste encontro foram:

Nada útil Pouco útil Útil Bastante útil

Para mim as orientações e reflexões dos facilitadores foram:

Nada útil Pouco útil Útil Bastante útil

Para mim as discussões do grupo foram:

Nada útil Pouco útil Útil Bastante útil

Comentários/ observações:*Formulário inspirado nos protocolos do programa *Incredible Years*.

ANEXO G- FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL (ESTUDO 3)

SOBRE O PROGRAMA	PÉSSIMO	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Conteúdos discutidos				
Metodologia utilizada				
Duração do projeto				
Sobre a facilitadora				
Atividades de casa				
Tempo destinado aos encontros				

Em que medida você acredita que o projeto contribuiu para melhorar suas habilidades em lidar com o comportamento do seu filho?

() Nada () Um pouco () Regular/Normal () Mais do que esperava () Muito

Você percebeu alguma mudança no comportamento de seu filho? Se sim, qual?

O que você mais gostou no Projeto?

O que poderia melhorar no Projeto?

Você recomendaria esse projeto para alguém?

() Sim () Não