



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Instituto de Psicologia - IPsi  
Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI

João Marcos de Oliveira

Efeitos de uma intervenção com foco nas práticas educativas parentais sobre os problemas  
internalizantes na infância

Salvador  
2013

João Marcos de Oliveira

Efeitos de uma intervenção com foco nas práticas educativas parentais sobre os problemas internalizantes na infância

Dissertação elaborada como requisito de avaliação parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA).

Professora Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga

Salvador  
2013

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Gerusa e Marcelo, que sempre me apoiaram e me ensinaram a paixão pelo estudo e pela vida acadêmica, tanto na qualidade de mãe e pai, quanto na qualidade de professores. Me ensinaram que o caminho pode ser difícil, mas que o esforço é compensado.

Aos meus irmãos, Neto e Pedro, pela companhia e pelo exemplo de investirem em seus sonhos.

À minha noiva, Patrícia, que acompanhou bem de perto o período desse mestrado. Por ter me incentivado e compreendido as minhas ausências. Por ter mostrado que eu podia mais e por não me deixar duvidar disso. Vejo todos os dias como a sua dedicação por seus planos e sonhos, a sua presença, seu apoio e seu amor me tornam um homem melhor.

A Letícia e Bruna, pela compreensão e cooperação quando precisei. Também pela curiosidade sobre as atividades que conduzi com o GPP.

A Clarice, que me ajudou quando eu não consegui dar conta das atividades do mestrado e de casa.

A Claudice, por sempre perguntar como estava o andamento do mestrado.

Aos colegas e amigos que compartilharam um pouco da angústia de se fazer pesquisa no Brasil e tornaram essa experiência algo compartilhado, especialmente, Jeane Tavares, Rachel Ripardo, Adrielle Matos, Carla Soares, Ivana Guerra, Lucas Bernardo, Avimar Ferreira Junior, Bianca Becker, Emanuel Palma, José Bonifácio Sobrinho e demais colegas do PPGPSI/UFBA.

A Taiane Lins, pela parceria que desenvolvemos nesse período que permitiu que o mestrado fosse um período de crescimento profissional ainda mais proveitoso.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga, pela confiança em me aceitar como orientando, pela dedicação, pelo respeito e pela competência com que conduziu nossa relação durante todo o tempo do mestrado. E também por ter me aceitado como orientando no doutorado.

Às diretoras, professoras e funcionárias das escolas que permitiram a realização do nosso trabalho e nos receberam de maneira respeitosa e cuidadosa. Especialmente às professoras Glória, Nívea, Ana, Suzana, Grazielle, Lêda, Elizabete, Marcela, Vânia, Jaqueline e às funcionárias D. Graça, Josi, Brenda, Fátima, Suzana e Carla.

Às mães e aos pais que se disponibilizaram a conhecer a nossa proposta de pesquisa e a compartilhar suas histórias conosco. Principalmente às mães e ao pai que construíram comigo o GPP.

À bolsista de Iniciação Científica, Heloneida Costa, pelo investimento e auxílio durante o período de coleta de dados.

Ao grupo de pesquisa, pelas contribuições para o projeto dessa pesquisa e pela preocupação nos momentos de dificuldades da coleta.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eulina da Rocha Lordelo, pelas contribuições nos seminários de qualificação e como membro da banca de defesa.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alessandra Turini Bolsoni-Silva, pela pronta disponibilidade para avaliar essa dissertação como membro da banca de defesa.

Aos funcionários do PPGPSI, Ivana e Henrique pela disponibilidade e presteza para me ajudar nos momentos em que necessitei.

A Luciana Silva e Janaína Nascimento, por terem aberto as portas do Instituto Transformação, onde pude conhecer e me aproximar desse grupo de profissionais dedicados ao estudo e divulgação da Análise do Comportamento na Bahia.

Ao CNPq, pelo financiamento.

Ao CEP/ISC, pela disponibilidade e dedicação em avaliar o projeto dessa pesquisa.

“A ciência é uma disposição de aceitar os fatos  
mesmo quando eles são opostos aos desejos”

*B.F. Skinner (1953/2003), p. 13*

## Resumo

Crianças com problemas internalizantes tendem a apresentar maior dificuldade de solucionar ou solicitar auxílio para situações de difícil resolução, além de possuírem um repertório restrito para as interações sociais e sofrerem com sintomas emocionais, como a ansiedade e a depressão. As práticas parentais intrusivas estão relacionadas ao desenvolvimento de problemas internalizantes e se caracterizam por restringir, invalidar ou manipular a experiência e as expressões emocionais e comportamentais da criança, ou criticá-la e humilhá-la. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção grupal, direcionada às práticas educativas parentais, sobre os problemas internalizantes na infância por meio de um delineamento quase-experimental com grupos não-equivalentes, com pré e pós-teste. A hipótese principal foi a de que, no grupo intervenção, os escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes no pós-teste seriam inferiores quando comparados aos escores de problemas internalizantes no pré-teste. Esperava-se também que os escores de problemas internalizantes e das síndromes internalizantes fossem mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste. Participaram 13 mães e um pai de crianças entre três e seis anos divididos em dois grupos: intervenção e comparação. A intervenção teve oito sessões grupais com frequência semanal. Os instrumentos utilizados foram uma ficha de dados sociodemográficos, e os Inventários dos Comportamentos de Crianças nas versões para 1½ a 5 anos (CBCL/1½-5 anos) e de Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL/6-18 anos). A análise de dados foi conduzida por meio de procedimentos de estatística descritiva e dos Testes Wilcoxon e Mann-Whitney. Os resultados revelaram redução nos escores do grupo intervenção, do pré para o pós-teste, na síndrome queixas somáticas. O impacto da intervenção sobre as queixas somáticas pode ter sido consequência dos seguintes processos induzidos ou iniciados pelo programa de intervenção: a) substituição de práticas superprotetoras e coercitivas por práticas facilitadoras do desenvolvimento social, levando à extinção respondente de componentes relacionados às dimensões fisiológicas de emoções eliciadas por práticas intrusivas e, especialmente, por aquelas de caráter coercitivo, como por exemplo, dores de barriga ou enjoos; b) aumento do controle da criança sobre o contexto das relações pais-filhos, diminuindo seu caráter aversivo e imprevisível e levando à extinção respondente dos sintomas somáticos. Não houve diferenças significativas entre os grupos para problemas internalizantes, nem para as síndromes. Discutem-se as implicações da duração e da amplitude da intervenção, da não equivalência dos grupos, da idade e da escolaridade dos participantes.

*Palavras-chave:* problemas internalizantes, práticas educativas parentais, intervenção grupal

## Abstract

Children with internalizing problems tend to have greater difficulty in solving or request assistance for resolution of difficult situations, besides having a restricted repertoire to social interactions and suffer with emotional symptoms such as anxiety and depression. Intrusive parenting practices are related to the development of internalizing problems and are characterized by actions that restrict, manipulate or invalidate the experience and the behavioral and emotional expressions of the child. This study evaluated the effect of a group intervention, targeted to parenting practices, on internalizing problems in childhood through a quasi-experimental design with nonequivalent groups with pre-and post-test. The initial hypothesis was that, in the intervention group, scores for internalizing problems and their respective syndromes at posttest were lower when compared to the scores of internalizing problems at pretest. It was also expected that the scores for internalizing problems and internalizing syndromes were higher in the comparison group than in the intervention group at posttest. Participants in the study were 13 mothers and one father of children between three and six years old divided into two groups: intervention and comparison. The intervention had eight weekly group sessions. The instruments used were a sociodemographic data form, and the Child Behavior Checklist in versions for 1 ½ - 5 years (CBCL / 1 ½ -5 years) and 6-18 years (CBCL/6-18 years). Data analysis was conducted using procedures of descriptive statistics and Wilcoxon and Mann-Whitney tests. The results indicated a decline in scores in the intervention group, from pre to post-test in somatic complaints. The impact of the intervention on somatic complaints could have been the result of the following processes inducted or initiated by the intervention program: a) replacement of overprotective and coercive practices by parenting practices that facilitate social development, leading to the extinction of respondent components related to physiological dimensions of emotions elicited by intrusive practices and especially for those coercive character, such as stomach aches or nausea; b) increase of the child's control over the context of parent-child relationships, diminishing his aversive and unpredictable character and leading to the respondent extinction of somatic symptoms. There were no significant differences between groups for internalizing problems, or for syndromes. The implications of the length and period of the intervention, the non-equivalence of groups, age and educational level of the participants are discussed.

*Keywords:* internalizing problems, childrearing practices, group intervention

## Sumário

Introdução.....	10
Histórico, Definição e Características dos Problemas Internalizantes na Infância ..	11
Preditores de Problemas Internalizantes.....	21
Práticas Educativas Parentais .....	28
Intervenções Direcionadas às Práticas Educativas Parentais e ao Desenvolvimento da Competência Social Infantil .....	37
Justificativa e Objetivos .....	46
Método .....	49
Delineamento.....	49
Contexto e Participantes .....	49
Procedimentos .....	52
O Programa de Intervenção: Grupo de Práticas Parentais (GPP).....	55
Fase 1: Habilidades sociais e princípios básicos do comportamento.....	57
Fase 2: Práticas educativas parentais. ....	57
Instrumentos .....	57
Ficha de dados sociodemográficos (Anexo E).....	57
Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL/1½-5 anos – Achenbach & Rescorla, 2000). ....	57
Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18 anos – Achenbach & Rescorla, 2001). ....	59
Processamento e análise de dados .....	60
Considerações Éticas .....	60
Resultados .....	61
Frequência ao programa entre os participantes do grupo intervenção .....	61
Mudanças nos problemas internalizantes nos grupos intervenção e comparação do pré-teste para o pós-teste .....	62
Diferenças entre os grupos intervenção e comparação no pós-teste .....	63
Trajetórias dos grupos intervenção e comparação nas síndromes que compõem os problemas internalizantes do pré para o pós-teste.....	67
Discussão.....	80
Considerações finais.....	88
Referências .....	89
Anexo A – Termo de compromisso para escola .....	97



Anexo B – Convites para os pais .....	98
Anexo D – Termo de consentimento livre e esclarecido 1 .....	100
Anexo E – Ficha de Dados Sociodemográficos .....	101
Anexo F – Folheto informativo para a intervenção.....	103
Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido 2 .....	104
Anexo H – Termo de compromisso para o GPP .....	105
Anexo J – Descrição detalhada das sessões do GPP .....	106
Fase 1: Habilidades sociais e princípios básicos do comportamento.....	106
Primeira sessão: apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes.....	106
Segunda sessão: comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas.....	107
Terceira sessão: comunicação: conversas e opiniões. ....	109
Quarta sessão: bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças e suas conseqüências: a importância do reforço positivo. ....	110
Fase 2: Práticas educativas parentais. ....	112
Quinta sessão: práticas educativas parentais intrusivas.....	112
Sexta sessão: práticas educativas parentais indutivas, controle assertivo e consistência das práticas.....	113
Sétima sessão: monitoramento do comportamento da criança, responsividade e flexibilidade parentais na relação com filhos.....	114
Oitava sessão: incentivo à resolução de problemas e à autonomia da criança.....	116

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Diagrama representando o delineamento quase-experimental.....	49
<i>Figura 2.</i> Trajetórias dos escores de problemas internalizantes para o grupo intervenção .....	65
<i>Figura 3.</i> Trajetórias dos escores de problemas internalizantes para o grupo comparação.....	66
<i>Figura 4.</i> Trajetórias dos escores de problemas internalizantes das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação .....	67
<i>Figura 5.</i> Trajetórias dos escores de queixas somáticas para o grupo intervenção .....	68
<i>Figura 6.</i> Trajetórias dos escores de queixas somáticas para o grupo comparação.....	69
<i>Figura 7.</i> Trajetórias dos escores de queixas somáticas das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação.....	70
<i>Figura 8.</i> Trajetórias dos escores de reatividade emocional para o grupo intervenção .....	71
<i>Figura 9.</i> Trajetórias dos escores de reatividade emocional para o grupo comparação .....	72
<i>Figura 10.</i> Trajetórias dos escores de reatividade emocional das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação .....	73
<i>Figura 11.</i> Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo intervenção.....	74
<i>Figura 12.</i> Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo comparação .....	74
<i>Figura 13.</i> Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação.....	76
<i>Figura 14.</i> Trajetórias dos escores de retraimento para o grupo intervenção .....	77
<i>Figura 15.</i> Trajetórias dos escores de retraimento para o grupo comparação .....	77
<i>Figura 16.</i> Trajetórias dos escores de retraimento das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação .....	79

## Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Dados Sociodemográficos das Famílias dos Grupos Intervenção e Comparação..</i>	50
Tabela 2. <i>Emparelhamento caso-a-caso entre o Grupo Intervenção e o Comparação de Acordo com as Variáveis Sexo, Idade e Escores em Problemas Internalizantes das Crianças.</i> .....	54
Tabela 3. <i>Distribuição dos temas por fase e por sessão.</i> .....	56
Tabela 4. <i>Participantes ausentes e seções não acompanhadas.</i> .....	61
Tabela 5. <i>Teste de Wilcoxon com os Valores Pré e Pós-teste do Grupo Intervenção para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes.</i> .....	62
Tabela 6. <i>Teste de Wilcoxon com os Valores Pré e Pós-teste do Grupo Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes.</i> .....	63
Tabela 7. <i>Teste Mann-Whitney entre os Grupos Intervenção e Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes para o Pós- teste</i> .....	63

## Introdução

O ambiente familiar é o primeiro contexto social significativo em que o sujeito se insere e interage. É nesse ambiente que as habilidades sociais começam a ser desenvolvidas, sendo os pais os principais agentes de socialização. Com seus pais ou cuidadores, as crianças desenvolvem inicialmente um repertório de habilidades motoras, linguísticas e afetivas, importantes para sua orientação no ambiente físico e social (Castro, Melo, & Silveiras, 2003).

Os processos de aquisição desses repertórios podem sofrer interferências nos âmbitos biológico, individual e cultural, levando a prejuízos no desenvolvimento socioemocional das crianças. Os problemas de comportamento infantis têm sido discutidos na literatura a partir de dois grupos de sintomas: os problemas internalizantes e os problemas externalizantes. Os problemas internalizantes são caracterizados por englobar os sintomas infantis relacionados a dificuldades em solucionar ou solicitar auxílio para situações de difícil resolução para si próprias. Na primeira infância, os problemas internalizantes são compostos por reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas e retraimento (Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach & Rescorla, 2004, 2000; Achenbach, 1966).

O ambiente familiar e as práticas educativas parentais constituem variáveis que podem facilitar o desenvolvimento de problemas internalizantes na infância. As práticas relacionadas com o desenvolvimento de problemas internalizantes na infância são caracterizadas por ações parentais que restringem, invalidam ou manipulam a experiência e as expressões da criança. Assim, tais práticas interferem no desenvolvimento psicológico e emocional da criança, por dificultar a interação das crianças com diferentes pessoas do seu convívio e não contemplar as necessidades da criança quanto à tomada de escolhas, exploração ativa do ambiente e formação de novos vínculos sociais (Barber & Harmon, 2002; Barber, 1996).

Os sintomas de problemas internalizantes podem ser reduzidos através de diferentes modalidades de intervenção: intervenção psicológica com os pais, intervenção com as crianças, intervenção psicológicas em conjunto pais-crianças, intervenção medicamentosa. As propostas de intervenção podem ocupar ambientes domésticos, clínicos e escolares, tendo como opção o auxílio de outros familiares e/ou professores das crianças (Bauermeister, So, Jensen, & Krispin, 2006; Christensen, Young, & Marchant, 2007; Coelho & Murta, 2007; Compas et al., 2009; Compton, Burns, Egger, & Robertson, 2002; Fantuzzo, Manz, Atkins, & Meyers, 2005).

Com o intuito de oferecer um panorama da produção envolvendo a temática das práticas parentais e problemas internalizantes na infância, as próximas sessões apresentam

alguns aspectos conceituais dos problemas internalizantes, sobre os preditores, sobre as práticas educativas parentais e sobre intervenções voltadas para crianças com problemas internalizantes e seus pais.

### **Histórico, Definição e Características dos Problemas Internalizantes na Infância**

Na década de 1960, Achenbach realizou um estudo com o objetivo de classificar sintomas psiquiátricos de crianças através de um estudo analítico fatorial. A análise revelou que os sintomas apresentaram-se em dois agrupamentos globais de problemas de comportamento em crianças, os *problemas internalizantes* e os *problemas externalizantes*. Cada agrupamento mostrou-se composto por conjuntos menores de problemas denominados síndromes (Achenbach, 1966). O agrupamento das síndromes internalizantes é descrito como o conjunto das dificuldades de um sujeito referentes a si mesmo, enquanto os externalizantes referem-se a dificuldades de um indivíduo em relação a contextos externos (Achenbach & Rescorla, 2000). Entende-se, portanto, que os problemas internalizantes e os externalizantes distinguem-se principalmente pela topografia das respostas envolvidas.

Os problemas externalizantes consistem, portanto, em um conjunto de problemas de comportamento que tendem a prejudicar ou a dificultar os relacionamentos interpessoais em decorrência dos efeitos que tais sintomas produzem para o grupo. Por exemplo, algumas crianças agem de forma agressiva e, ao perturbar o funcionamento do grupo, conseguem mobilizar outras pessoas para solucionar a situação de conflito. Em oposição, crianças com sintomas internalizantes tendem a apresentar maior dificuldade de solucionar e/ou solicitar auxílio para situações de difícil resolução para si próprias. Em geral, as crianças com esse perfil podem evitar interações sociais ou acelerar seu término através de estratégias pouco eficientes para si mesmas. Por exemplo, crianças tímidas que evitam novos contextos sociais, impedindo a ocorrência de situações que demandem habilidades que elas não possuem, também perdem a oportunidade de produzir contextos de aprendizagem e ganhos pessoais (Achenbach & Rescorla, 2000).

Na ocasião da primeira classificação, as síndromes que compunham os problemas internalizantes eram as seguintes: queixas somáticas, obsessões, compulsões e fobias (Achenbach, 1966). Estudos subsequentes propuseram reformulações e novas classificações (Achenbach & Edelbrock, 1978, 1984). Atualmente, as síndromes que constituem o agrupamento de problemas internalizantes, para pré-escolares, são as seguintes: reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas sem causa médica e retraimento

(Achenbach & Rescorla, 2000). Essa organização de queixas compõe atualmente o Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2004). Para pré-escolares, a avaliação pode ser realizada a partir do Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL/1½-5 anos) utilizado com os cuidadores ou através de sua versão como relatório para professores (C-TRF). Nesses inventários, os itens que avaliam os problemas internalizantes envolvem comportamentos da criança tais como: ficar perturbada com qualquer mudança na rotina, mudar rapidamente da tristeza para a alegria, ser muito medrosa ou ansiosa, ser infeliz, triste ou deprimida, ter dores de cabeça ou vomitar (sem causa médica), comportar-se aquém do esperado para sua idade, isolar-se e não se relacionar com os outros, dentre outros sintomas (Achenbach & Rescorla, 2000).

O interesse pela temática dos problemas internalizantes e de seus correlatos vem apresentando crescimento, juntamente com o interesse pelo estudo da competência social infantil, desde as últimas décadas do século XX, e se mantendo no início do século XXI (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009). O aumento da produção científica sobre o fenômeno dos problemas internalizantes encontra respaldo nos achados epidemiológicos relatados por Laskey e Cartwright-Hatton (2009). Os autores sugerem que, pelo menos, 3% das crianças até 11 anos de idade demonstrarão possibilidade de diagnóstico de transtorno de ansiedade, com 1% deles tendo transtornos depressivos associados. Sobre o contexto brasileiro, três estudos realizados em diferentes regiões do país (Nordeste, Sudeste e Sul) apresentam prevalências de categorias de problemas emocionais e comportamentais similares ou equivalentes ao agrupamento de problemas internalizantes. Em geral, as três pesquisas abordam os problemas internalizantes a partir de categorias denominadas como sintomas ou transtornos emocionais, que abrangem transtornos de ansiedade e de depressão de acordo com o DSM-IV.

No primeiro estudo, realizado na região Sudeste do Brasil, em escolas particulares, públicas urbanas e públicas rurais, foi encontrada uma prevalência de 6,2% de transtornos emocionais (considerando transtornos de ansiedade e transtornos depressivos), através do The Development and Well-Being Assessment (DAWBA), na faixa etária dos sete aos 14 anos. O DAWBA é composto por itens abertos e fechados sobre sintomas psiquiátricos em crianças, consistentes com o DSM-IV, e seus respectivos impactos sociais. O instrumento foi aplicado em forma de entrevista para os pais e para os filhos entre 11 e 14 anos, enquanto os professores preencheram questionários individualmente e depois devolveram aos pesquisadores. As prevalências em relação a cada sexo não tiveram diferenças significativas, tanto para transtornos de ansiedade, quanto para transtornos depressivos. No entanto, identificou-se um aumento na ocorrência de depressão conforme o crescimento das crianças,

sendo esse quadro mais comum entre os 11 e os 14 anos. Comparando os tipos de escolas, as crianças das escolas públicas rurais apresentaram mais frequentemente transtornos ansiosos quando comparadas a amostras de outras modalidades de escolas (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

A pesquisa realizada no Nordeste apresenta dados da cidade de Salvador e encontrou prevalência de 3,6% de transtornos emocionais (ansiosos e depressivos) que também foram avaliados com o DAWBA na faixa etária dos cinco aos 14 anos (Goodman et al., 2005). Ao contrário do estudo citado anteriormente, foi encontrada diferença entre os sexos e não houve alterações significativas nos valores dos problemas internalizantes ao longo do crescimento das crianças. A diferença entre os sexos refere-se a maiores taxas de problemas internalizantes em crianças e adolescentes do sexo feminino quando comparadas aos participantes do sexo masculino.

O último estudo realizou o levantamento em uma cidade do Sul do país, considerando a faixa etária dos 11 aos 12 anos, e identificou uma prevalência de 7,6% para os problemas internalizantes (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo, & Rohde, 2010), avaliados pelo DAWBA. Verificou-se que, para os pré-adolescentes e adolescentes nessa população, os transtornos de ansiedade foram os mais frequentes.

Comparados aos valores apresentados por Laskey e Cartwright-Hatton (2009), os achados nacionais demonstram prevalências mais altas de problemas internalizantes. Apesar de os estudos nacionais apresentarem valores distintos de prevalência de problemas internalizantes, variando entre 3,6 e 7,6%, as diferenças nas prevalências podem ter ocorrido por causa das diferentes faixas etárias ou por diferenças socioculturais. Os estudos de Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) e de Anselmi et al. (2010), que tiveram as prevalências mais altas e próximas (6,2 e 7,6% respectivamente), partilham similaridades sociodemográficas. Em ambos, as populações são predominantemente urbanas e de etnia branca, marcadamente distintas da comunidade pesquisada por Goodman et al. (2005) que é rural e composta predominantemente por negros. Mesmo com um intervalo amplo de prevalências, nota-se que as crianças e os adolescentes brasileiros são uma população de risco para desenvolvimento de problemas internalizantes e para os potenciais prejuízos futuros associados.

As crianças que apresentam problemas internalizantes tendem a perder oportunidades de experiências sociais e de aprendizagem que ocorrem durante relacionamentos interpessoais. Caso um indivíduo apresente indicadores de problemas internalizantes na infância ou adolescência, aumenta a probabilidade de que o mesmo tenha, a médio ou longo

prazo, prejuízos em diferentes âmbitos de sua vida, tendo maiores chances de ser rejeitado ou vitimizado por pares (Hodges & Perry, 1999; Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, & Telch, 2010), apresentar déficit no desempenho acadêmico/escolar (Flook, Repetti, & Ullman, 2005; Liu, Zhou, & Li, 2012) e desenvolver depressão ou transtornos de ansiedade (Toumbourou, Williams, Letcher, Sanson, & Smart, 2011).

Considerando as relações entre pares, Hodges e Perry (1999) realizaram um estudo com o objetivo de determinar se dificuldades pessoais (definidas como fraqueza física – enquanto a dificuldade de reagir a ataques de pares agressores –, problemas internalizantes e problemas externalizantes) e interpessoais (avaliados a partir de número de amigos e rejeição por pares), que caracterizam crianças vitimizadas, são antecedentes ou consequentes da vitimização, ou ambos. A coleta foi realizada em duas ondas com intervalo de um ano. No primeiro momento, as crianças avaliadas tinham idade média de 11 anos e cursavam entre o 4º e o 8º anos do Ensino Fundamental. Em todas as fases da coleta, foram utilizados o Peer Nomination Inventory (PNI) e uma avaliação sociométrica por nomeação. O PNI é composto 11 dimensões, sendo elas: vitimização, força física, agressão, conflitualidade, desonestidade, estilo insistente de participação no grupo, perturbabilidade, comportamento pró-social, retraimento, ansiedade/depressão e estilo distante de participação no grupo. Cada um dos itens foi preenchido pelas crianças com o nome de colegas que tinham as características mencionadas. Na avaliação sociométrica, as crianças deveriam dizer o nome de três outras crianças do mesmo sexo e idade com quem mais gostassem de brincar e também deveriam nomear até três outras crianças que elas menos gostassem de brincar. Foram classificados como amigos aqueles pares que se nomearam reciprocamente como de maior interesse para brincadeiras. Já a rejeição foi determinada pela porcentagem de nomeações que uma criança obteve dentre os três menos preferidos, considerando apenas os colegas do mesmo sexo.

Como resultado, Hodges e Perry (1999) verificaram que os problemas internalizantes e a rejeição por pares contribuíram independentemente para vitimização após um ano. A rejeição por pares, no segundo ano de coleta, influenciou o grau em que os problemas internalizantes prévios conduziram ao aumento da vitimização por pares. De modo que, quanto maior a rejeição por pares de crianças com problemas internalizantes, no primeiro ano, maior a vitimização no segundo ano. Adicionalmente, a vitimização inicial predisse aumentos em sintomas internalizantes depois de um ano.

Visando a identificar se os problemas internalizantes são antecedentes, consequentes ou ambos para vitimização, Reijntjes, Kamphuis, Prinzie e Telch (2010) realizaram uma meta-análise de 18 estudos longitudinais que examinaram relações prospectivas entre



vitimização por pares e problemas internalizantes. Como critério de inclusão, os estudos deveriam ser prospectivos e apresentar dados de vitimização por pares nas fases iniciais e finais de coleta, além de uma ou mais medidas envolvendo problemas internalizantes. O estudo foi excluído se tratasse exclusivamente da relação entre vitimização e outras variáveis que não fossem equivalentes a problemas internalizantes e se investigasse exclusivamente problemas externalizantes. As pesquisas utilizaram diferentes instrumentos para medir problemas internalizantes, dentre eles: protocolo de observação para ansiedade/tristeza, escala de depressão construída por autores de um dos estudos, Revised Clinical Interview Schedule, SPAI-C, SAS-A, School Liking and Avoidance Questionnaire, LSDQ, CBCL-TRF, YSR, CACI, K-YSR, Short Depression Inventory for Children, CBQ, CBS, ESBS, além de versões adaptadas do PNI, do Revised Class Play e do CBCL-TRF.

Inicialmente, foram analisados efeitos de potenciais variáveis moderadoras sobre a relação entre as principais variáveis. No entanto, não foram observados efeitos significativos para o intervalo de tempo entre a avaliação inicial e a final, tamanho das amostras, anos passados desde a publicação, taxa de retenção, fonte de informação sobre a vitimização por pares e a medida para vitimização por pares enquanto potenciais variáveis moderadoras. Essa meta-análise revelou associações significativas e bidirecionais entre os problemas internalizantes e a vitimização por pares. Dessa maneira, os problemas internalizantes predisseram mudanças nos indicadores de vitimização por pares ao longo do tempo, assim como, a vitimização por pares foi preditora de mudanças subsequentes nos problemas internalizantes. Com esse estudo, é possível compreender que os problemas internalizantes podem assumir função antecedente e/ou consequente para vitimização por pares, compondo um círculo vicioso que contribui para a estabilidade da vitimização por pares.

Como podem ser identificados ainda na primeira infância e podem facilitar a vitimização por pares, os problemas internalizantes têm potencial para interferir nas experiências sociais no ambiente escolar e no desempenho acadêmico de crianças. Liu et al. (2012) examinaram as relações entre problemas internalizantes e ajustamento escolar em duas coortes (uma em 1994 e outra em 2008) de adolescentes chineses. Ambas as amostras foram compostas por adolescentes entre 7º e 9º anos, sendo que a amostra de 1994 foi constituída por 540 participantes, com média de idade de 13 anos e 55% do sexo masculino. A amostra de 2008, por sua vez, foi formada por 728 participantes com idade média de 13 anos, sendo 51% do sexo masculino. O principal professor de cada turma respondeu aos itens referentes a comportamentos internalizantes e à competência escolar do Teacher-Child Rating Scale (T-CRS), instrumento validado para a população chinesa. A avaliação de comportamentos

internalizantes é composta por referências a sintomas de retraimento, preocupação, ansiedade, apreensão, infelicidade, timidez e tensão. Na população chinesa, os itens dos fatores habilidades sociais assertivas, tolerância à frustração, sociabilidade e habilidades sociais com pares formaram um único fator posteriormente caracterizado como de competência escolar, tendo como exemplos os itens “participa das discussões em sala de aula” e “lida bem com falhas”. Os adolescentes realizavam uma avaliação sociométrica por nomeação, através da qual os estudantes eram orientados a indicar até três colegas de sala com quem mais gostassem de estar acompanhados e três colegas com quem menos gostassem de estar acompanhados. A partir da subtração entre as nomeações negativas e as positivas, foi traçado um índice da preferência entre pares para cada estudante. Para medir o sucesso acadêmico, os autores utilizaram as notas das avaliações objetivas das disciplinas de Chinês, matemática e Inglês realizadas pelas escolas.

Observaram que, na amostra de 1994, os problemas internalizantes estavam negativamente associados somente com o sucesso acadêmico e a sociabilidade, não tendo relação significativa com qualquer outra variável. Na amostra de 2008, os problemas internalizantes tiveram correlação significativa e negativa com preferência pelos pares, tolerância à frustração, habilidades sociais com pares, sociabilidade, habilidades sociais assertivas e sucesso acadêmico. Em um primeiro momento, os autores avaliam que a negligência social dos problemas internalizantes na cultura tradicional chinesa não implica na ausência de dificuldades socioemocionais entre os adolescentes desse país. Isso foi constatado principalmente nos dados da amostra mais recente, pois os autores apontam para uma transição cultural, na China, a partir da década de 1980, com incorporação de valores individualistas, auto-orientados, próximos aos valores capitalistas e que tem se consolidado nos últimos anos.

Flook et al. (2005) investigaram o papel mediador dos problemas internalizantes entre aceitação de pares e desempenho acadêmico, ao testar um modelo associando aceitação com pares de crianças em sala de aula e desempenho acadêmico através de autoconceito acadêmico e sintomas internalizantes. Os participantes da pesquisa foram 248 crianças do 5º ao 7º anos do Ensino Fundamental durante o intervalo de três anos no qual os dados foram coletados. Para avaliar a aceitação por pares, utilizaram o relato dos professores, no primeiro ano de coleta, a partir de um instrumento com oito itens elaborado para o estudo, versando sobre a extensão em que a criança inspira simpatia ou antipatia entre os pares, a quantidade de bons amigos, a popularidade, e a exclusão de atividades coletivas. Os professores também responderam ao Teacher Report Form (TRF) para avaliar sintomas internalizantes no segundo

ano de coleta.

Para a variável de autoconceito, as crianças responderam ao Academic Competence Subscale of Self-Perception Profile for Children (SPPC). Trata-se de um instrumento com seis itens que mede as percepções da criança sobre suas próprias habilidades acadêmicas, e que foi aplicado no primeiro e segundo anos da pesquisa. Quanto ao desempenho acadêmico, durante os três anos de coleta, essa variável foi investigada tendo como base as notas nas disciplinas de leitura e matemática registradas nos boletins. As notas foram padronizadas para corrigir diferenças nas avaliações entre as escolas e professores.

Os resultados indicaram que a falta de aceitação por pares prediz a redução do desempenho acadêmico das crianças. De forma mais específica, os achados sugerem duas formas pelas quais essa relação acontece. A primeira é de que a falta de aceitação pelos pares no 5º ano, prediz o baixo autoconceito acadêmico e também o aumento de sintomas internalizantes. Em sequência, tanto os sintomas internalizantes, quanto o baixo autoconceito acadêmico predizem o déficit de desempenho acadêmico. De maneira recíproca, observou-se que os sintomas internalizantes também predisseram a redução na aceitação pelos pares.

Outro risco na fase escolar é o desenvolvimento de dependência por drogas lícitas e/ou ilícitas. Lewis et al. (2011) visou a examinar associação entre maus-tratos e tabagismo entre adolescentes e a extensão em que os problemas internalizantes podem mediar tal relação hipotética. Participaram adolescentes aos 12, 14 e 16 e seus respectivos cuidadores e a coleta foi realizada a partir de relatos de maus-tratos e de auto-relatos de experiências abusivas de adolescentes aos 12 anos, do Official Child Protective Services (CPS). Para a avaliação dos problemas internalizantes, foram coletados relatos dos cuidadores quando os adolescentes tinham 14 anos. O tabagismo, relativo ao mês anterior à coleta de dados, foi registrado a partir de auto-relatos dos adolescentes aos 16 anos. Observou-se diferença significativa de tabagismo entre jovens que passaram por maus-tratos na infância em relação aos que não passaram, de modo que os que passaram por maus-tratos tiveram maior frequência de tabagismo. Na relação entre maus-tratos e tabagismo, os problemas internalizantes mostraram-se enquanto uma variável mediadora na medida em que os maus-tratos aos 12 anos estiveram associados aos problemas internalizantes aos 14 e problemas internalizantes tiveram relação com tabagismo aos 16 anos. Assim, os achados do estudo indicam que crianças que sofreram maus-tratos e desenvolveram problemas internalizantes até o início da adolescência, têm maiores chances iniciar o tabagismo ainda na adolescência.

Alguns estudos verificaram que os sintomas de problemas internalizantes tendem a seguir certas trajetórias ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Essas trajetórias podem

ser compostas por qualquer combinação de valores clínicos e não-clínicos de problemas internalizantes. Desse modo, as pesquisas podem, por exemplo, representar trajetórias com valores exclusivamente não-clínicos de problemas internalizantes, como também trajetórias que se iniciem com valores não-clínicos que evoluam para valores clínicos.

Em uma pesquisa realizada com crianças de dois a 11 anos, foram identificadas três trajetórias de problemas internalizantes, semelhantes para ambos os sexos, através do CBCL 2-3 e do CBCL 4-18. As medidas foram realizadas a partir de relatos maternos aos dois, três, quatro e meio, seis, sete, nove, 10 e 11 anos das crianças (Sterba, Prinstein, & Cox, 2007).

A primeira trajetória, denominada “baixa”, concentrou a maioria das crianças (65% dos garotos e 69% das garotas). Nesse grupo, as crianças tinham inicialmente escores de problemas internalizantes próximos ou iguais a zero. Ao longo do tempo, os valores diferentes de zero tiveram tendência a reduzir-se. As crianças que compuseram a primeira trajetória apresentaram valores não-clínicos de problemas internalizantes, tendo 0% de chances de possuírem escores clínicos aos 11 anos.

A segunda foi uma trajetória denominada “decréscimo/crescente”, que se caracteriza pelo decréscimo dos escores de problemas internalizantes dos dois até os seis anos e aumento dos seis até os 11 anos. Por fim, a terceira foi uma trajetória “elevada e estável”, caracterizada por apresentar os maiores escores iniciais de problemas internalizantes, que se mantiveram estáveis entre os dois e os 11 anos. É interessante observar nesse estudo que as crianças que apresentaram escores moderados de problemas internalizantes mostraram os padrões mais instáveis de mudanças ao longo do tempo. Crianças na trajetória elevada-estável apresentaram maiores chances de exibir escores clínicos na pré-adolescência, de modo que as do sexo feminino tinham 12% e as do sexo masculino tinham 23% de chance de apresentar um perfil internalizante nessa etapa do desenvolvimento.

As duas últimas trajetórias descritas formam um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas internalizantes na pré-adolescência. No entanto, variáveis relacionadas à saúde materna como ansiedade, depressão e apego não foram capazes de explicar as diferenças entre o desenvolvimento dos sintomas das crianças da primeira e da segunda trajetória. Esses achados indicam a importância de investigar outras variáveis como fatores de risco familiar ou do grupo de pares.

De maneira distinta, Toumbourou, Williams, Letcher, Sanson e Smart (2011) identificaram seis diferentes trajetórias para cada sexo. Foram utilizados, inicialmente, os relatos de pais de crianças aos três anos. Posteriormente, foram realizadas novas entrevistas nas idades de cinco, sete, nove, 11, 12, 13 e 15 anos. Os instrumentos utilizados foram o

Preschool Behaviour Questionnaire (PBQ), para as crianças de três anos, o Child Behaviour Questionnaire (CBQ), entre as idades de cinco a 12 anos, e o Revised Behaviour Problems Checklist (RBPC) para as idades de 13 a 15 anos. Também foi utilizado o Short Mood and Feelings Questionnaire, um instrumento de auto-relato para avaliar sintomas depressivos, que foi aplicado aos participantes quando completaram 17 anos.

As trajetórias que concentraram a metade do grupo do sexo masculino foram aquelas com sintomas de problemas internalizantes que se mantiveram estáveis e com baixos níveis ao longo de todo o período avaliado, denominadas “muito baixa estável” e “baixa estável”. Nesses grupos, os escores iniciais de problemas internalizantes foram baixos e se mantiveram dessa forma durante todas as demais fases de coleta de dados. Outra trajetória verificada para o sexo masculino foi qualificada como moderada e estável, com sintomas mais severos do que aqueles observados no grupo anterior e escores de problemas internalizantes que se mantiveram similares em todas as medidas e denominada “moderada estável”. A quarta trajetória para o sexo masculino, chamada de “decrécimo moderado”, foi composta por escores moderados de problemas internalizantes que se comportaram de forma decrescente no intervalo das mensurações. A trajetória denominada “crescimento moderado” reuniu uma pequena minoria de crianças do sexo masculino (5%), que apresentaram escores altos de problemas internalizantes, mas cujos valores em cada idade possuíram uma tendência a maior variação do que nas outras trajetórias. A trajetória “alta flutuante” é a sexta e última trajetória e concentrou os 4% de casos do sexo masculino em que os valores dos sintomas internalizantes aos três anos eram maiores do que nas trajetórias baixas e estáveis, e que também tiveram aumento de acordo com o desenvolvimento da criança. Essas duas últimas trajetórias representaram maior risco para desenvolvimento de depressão e de um quadro clínico de problemas internalizantes ao final da adolescência.

Dentre as seis trajetórias identificadas para o sexo feminino, três concentram mais da metade das participantes (58%) e foram denominadas “muito baixa estável”, “baixa estável” e “baixa decrescente”. Tais trajetórias são caracterizadas por escores baixos de problemas internalizantes que podem manter-se estáveis ao longo do tempo ou reduzir-se para valores mais próximos ou iguais a zero. Outras duas trajetórias são diferenciadas por um percurso no qual os sintomas internalizantes tendem a apresentar, agrupadas como – “moderada decrescente”, “alta decrescente”, valores iniciais maiores do que aqueles das trajetórias baixas, mas que evoluem para um decréscimo dos escores. A última trajetória (com 16% das meninas avaliadas), denominada “crescente”, tem valores iniciais moderados de sintomas internalizantes e tende ao crescimento dos escores entre as medidas. A trajetória crescente foi

a única a apresentar, para o sexo feminino, risco de desenvolvimento de depressão ao final da adolescência.

Comparando os sexos do estudo acima, uma maior proporção de participantes do sexo feminino (16%) se concentrou em uma trajetória crescente de sintomas internalizantes em relação ao sexo masculino (4%). Adicionalmente, os valores médios de problemas internalizantes aos 15 anos para mulheres foram significativamente superiores aos dos homens.

Se também forem consideradas as síndromes dos problemas internalizantes, nota-se um desempenho diferente para cada uma. Em Pihlakoski et al. (2006), avaliações sobre retraimento mostraram estabilidade do início da infância até a pré-adolescência em ambos os sexos. Quando foram identificadas queixas somáticas de garotas aos três anos, foi possível prever independentemente tanto problemas internalizantes quanto externalizantes aos 12 anos. Conforme os estudos mencionados anteriormente, os problemas internalizantes constituem um fenômeno estável com desenvolvimento variado a depender do sexo e da consideração de suas síndromes de forma independente.

Pode-se notar, portanto, que diferentes variáveis interferem no desenvolvimento dos problemas internalizantes. Letcher, Smart, Sanson e Toumbourou (2009), ao explorarem os precursores e correlatos das trajetórias de problemas internalizantes relatados pelos pais de crianças durante o período dos três aos 15 anos de idade, verificaram que traços temperamentais e problemas de comportamento precoces, tais como ansiedade, agressividade problemas de atenção e hiperatividade e dificuldades no relacionamento entre pais e crianças influenciam o desenvolvimento de problemas internalizantes. Essas variáveis demonstraram diferentes relações com problemas internalizantes, dependendo do sexo da criança. De maneira específica, reatividade temperamental e timidez, problemas de parentalidade e dificuldades com pares foram mais frequentes em garotas que compunham as trajetórias crescentes de problemas internalizantes.

Nota-se a influência de fatores individuais e sociais na ocorrência e desenvolvimento dos problemas internalizantes, como se pode observar na associação dos problemas internalizantes com traços temperamentais e genéticos, assim como com as dinâmicas familiares. Contudo ainda não estão claros os mecanismos através dos quais essas variáveis interagem, nem mesmo que variáveis se combinam para resultar em diferentes trajetórias. Ainda assim, o estado atual das pesquisas oferece um panorama para a compreensão das características e das variáveis relacionadas aos problemas internalizantes. Por exemplo, as pesquisas sobre diferenças entre os sexos ainda não concordam sobre a existência de

diferenças no desenvolvimento de problemas internalizantes, entretanto, todas aquelas que apontam para diferenças entre os sexos afirmam que o sexo feminino é o mais vulnerável para sintomas internalizantes. No mesmo sentido, os estudos podem discordar quanto aos traços temperamentais relacionados a esse perfil comportamental, assim como quanto às práticas educativas parentais envolvidas na gênese e manutenção dos problemas internalizantes, mas concordam que tais variáveis exercem um papel importante em tal dinâmica. Dessa forma, faz-se necessário examinar os estudos atuais sobre os possíveis preditores dos problemas internalizantes, as relações entre eles e qual o panorama que oferecem para a compreensão da dinâmica de desenvolvimento dos problemas internalizantes. A próxima seção visa a discutir tais estudos, compreendendo três diferentes níveis de variáveis, o filogenético, o ontogenético e o cultural.

### **Preditores de Problemas Internalizantes**

As pesquisas atuais sugerem que diferentes fatores estão relacionados ao surgimento e ao desenvolvimento de problemas internalizantes. Os preditores dos problemas internalizantes, assim como os de quaisquer outros padrões comportamentais complexos, têm sido relacionados a características genéticas, à história de reforçamento do indivíduo e às práticas culturais (Coyne & Thompson, 2011; Leve, Kim, & Pears, 2005; Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, 2009). Partindo da perspectiva analítico-comportamental, a compreensão dos problemas internalizantes envolve preditores ligados aos três níveis de variação e seleção do comportamento, descritos por Skinner (2007): a filogênese, a ontogênese e a cultura.

De acordo com o modelo de seleção por consequências, no primeiro nível de seleção estariam as características genéticas de determinada espécie, selecionadas por contingências responsáveis pela seleção natural (Skinner, 2007). As características filogenéticas habilitam o sujeito para suas primeiras interações com o mundo. Algumas delas podem esvanecer (como o reflexo de Moro) ou ser modeladas em um padrão de resposta operante (como o reflexo de marcha dando espaço para a marcha voluntária). Dessa maneira, é necessário que exista um repertório inicial, antes que formas mais elaboradas de interação com o ambiente possam ser desenvolvidas (Carvalho Neto & Tourinho, 1999). De fato, Skinner (1984) defende que existe um repertório inato, sendo este uma fonte primária de respostas necessária para interação com o ambiente. Do ponto de vista filogenético, temperamento e características genéticas são fatores com base biológica que podem interferir no desenvolvimento dos problemas

internalizantes.

Estudos sobre os fatores genéticos que contribuem para a estabilidade ou para mudanças dos problemas internalizantes costumam ser realizados com pares de gêmeos monozigóticos e dizigóticos. Ao mesmo tempo em que investigam as influências genéticas, esses estudos verificam aspectos dos contextos compartilhados (por exemplo, família, escola, contexto cultural) e dos contextos não compartilhados dos participantes (como doenças, acidentes e relações pessoais distintas). Van der Valk, Van den Oord, Verhulst e Boomsma, (2003) realizaram uma pesquisa com 1575 pares de gêmeos com o objetivo de estimar as contribuições genéticas, e contribuições do ambiente compartilhado e do ambiente não compartilhado para a estabilidade e as mudanças dos problemas internalizantes e externalizantes. Os problemas internalizantes e os externalizantes foram avaliados através de relatos maternos com as versões holandesas do CBCL/2-3 e do CBCL/4-18. A versão holandesa do CBCL/2-3 apresenta diferenças em relação à versão original no que concerne às síndromes. Os problemas internalizantes, na versão holandesa, são compostos pelas síndromes ansiedade e retraimento/depressão, enquanto na versão original são formados por ansiedade/depressão e retraimento. Já a escala extenalizante é composta pelas síndromes oposicionismo, agressividade e hiperatividade. Já a versão holandesa do CBCL/4-18 apresenta poucas diferenças em relação à versão original, podendo produzir escores a partir das mesmas síndromes que o manual original. Como resultados, os autores verificaram que tanto a influência genética, quanto a influência do contexto compartilhado foram mais importantes para a estabilidade dos problemas internalizantes quando comparadas à influência do ambiente não compartilhado. Os fatores genéticos envolvidos tiveram decréscimo da influência sobre a estabilidade dos três aos sete anos, enquanto a influência do ambiente compartilhado aumentou nesse período.

No estudo de Schmitz, Fulker e Mrazek (1995), as influências de fatores genéticos foram investigadas tanto para problemas internalizantes, quanto para suas síndromes. Esse estudo teve como objetivo estimar as influências relativas dos fatores genéticos e ambientais nos problemas internalizantes, nos externalizantes, nas respectivas síndromes específicas e no total do CBCL com crianças. Foram utilizadas medidas em dois momentos diferentes. A primeira utilizou o CBCL/2-3 e a segunda, o CBCL/4-18. A investigação envolvia fatores genéticos, ambientes compartilhado e não compartilhado de gêmeos. Os resultados demonstraram que os gêmeos monozigóticos se assemelharam mais que os dizigóticos, o que sugere um papel importante dos fatores genéticos no desenvolvimento de problemas de comportamento na infância. Apesar da importância dos fatores genéticos, seus achados foram



significativos para quase todas as síndromes e problemas de comportamento, no início da infância, não sendo encontradas relações significativas para retraimento e problemas internalizantes. Apesar da ausência de influência significativa desses fatores sobre o retraimento e os problemas internalizantes no início da infância, os achados revelam valores significativos para retraimento no final da infância, sugerindo um aumento da influência dos fatores genéticos do início para o final da infância.

Saudino, Carter, Purper-Ouakil e Gorwood (2008) também investigaram fatores de influência para o desenvolvimento de problemas de comportamento a partir de pares de gêmeos. Tiveram como objetivo explorar as contribuições genéticas e ambientais para as diferenças individuais em problemas de comportamento e competência socioemocional. Participaram da pesquisa 1950 pares de gêmeos (mono e dizigóticos), com idade média de 23,8 meses. Os pais responderam ao Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA). Os itens do ITSEA organizam-se em quatro domínios compostos por um total de 17 subescalas e também em três índices comportamentais. Os domínios são: a) “externalizantes” composto pelas subescalas atividade/impulsividade, agressivo/desafiador e agressão de pares; b) “internalizantes” composto por depressão/retraimento, ansiedade generalizada, ansiedade de separação e inibição à novidade; c) “desregulação” relacionado a sono, emocionalidade negativa, alimentação e sensibilidade tátil e d) “competência” referente a disciplina, atenção, imitação/brincadeira, capacidade de motivar, empatia e relações pró-sociais com pares. Já os índices comportamentais são o mal-adaptativo, o relacionamento social e o atípico. Os achados apontaram para um caráter hereditário significativo relacionado aos problemas internalizantes, de modo que fatores genéticos explicaram aproximadamente 50% da variância nesse domínio. Os fatores ambientais compartilhados entre os gêmeos, como família e cultura, também foram significativos para o desenvolvimento de problemas internalizantes, sendo responsáveis por quase 30% da variância. No entanto, os dados indicam que a influência de dos fatores genéticos aumentam com a idade enquanto a influência de fatores ambientais compartilhados diminui.

Quando comparados os resultados dos estudos de Saudino et al. (2008), Schmitz et al. (1995) e Van der Valk et al. (2003) surgem aspectos para discussão. Enquanto Van der Valk et al. (2003) e Saudino et al. (2008) encontraram forte influência dos fatores genéticos sobre os problemas internalizantes de forma geral, os achados de Schmitz et al. (1995) não demonstram tal influência sobre os problemas internalizantes e o retraimento. No entanto, Schmitz et al. (1995) encontraram influência de fatores genéticos sobre as outras síndromes internalizantes. Dessa maneira, nota-se uma forte tendência dos dados a indicar que os fatores

genéticos contribuem para a ocorrência de problemas internalizantes no início da infância, ainda que as síndromes sofram a influência das características genéticas de formas distintas. Quanto à continuidade da influência genética, Schmitz et al. (1995) e Saudino et al. (2008) observaram um aumento de sua importância ao longo das medidas. Pode-se supor que a influência dos fatores ambientais compartilhados diminua pela redução de contextos compartilhados entre os irmãos ao longo do desenvolvimento. Destaca-se que Van der Valk et al. (2003) encontraram o oposto, de forma que os fatores genéticos apresentaram redução de sua influência e que houve posterior aumento da influência dos fatores ambientais compartilhados. É possível que a diferença ocorra por dois motivos. Primeiro, as diferenças entre as síndromes nas versões de diferentes idades e nacionalidades podem estar relacionadas a diferentes aspectos do comportamento, tornando pouco válida a comparação nos diferentes momentos avaliados. Segundo, a restrita faixa etária estudada representa um período de transição da pré-escola para a educação básica em que novas variáveis ambientais, como a relação com pares, passam a compor o cotidiano das crianças, contando com maior influência de fatores ambientais compartilhados.

A pesquisa de Schmitz et al. (1995) investigou os problemas internalizantes também a partir de suas síndromes, de maneira similar a Saudino et al. (2008) e o estudo de Van der Valk et al. (2003) utilizou unicamente os escores de problemas internalizantes, dessa maneira, é possível notar uma complementariedade dos dados. Ainda assim, as aparentes distinções entre os resultados dos três estudos anteriormente citados podem também decorrer do uso de diferentes instrumentos de medida e faixas etárias.

O temperamento também pode constituir um conjunto de características inatas que representam a disposição biológica de um sujeito para agir de determinada maneira frente a diferentes contextos (Rubin, Burgess, & Coplan, 2002). Algumas pesquisas abordam a relação entre temperamento e problemas internalizantes. A pesquisa de Leve et al. (2005), por exemplo, procurou examinar o papel das dimensões de temperamento impulsividade e medo/timidez, assim como do ambiente familiar de crianças, aos cinco anos de idade, no desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizantes ao final da adolescência. No primeiro momento de coleta, pais e mães de crianças aos cinco anos de idade responderam ao CBCL e aos itens do Children's Behavior Questionnaire (CBQ) que compõem as dimensões impulsividade e medo/timidez. A coleta ocorreu em diferentes ondas, aos cinco, sete, 10, 14 e 17 anos dos filhos, sendo que as dimensões de temperamento foram avaliadas unicamente quando as crianças estavam com cinco anos de idade. A dimensão impulsividade foi definida como a falta de habilidade de um indivíduo de controlar os próprios impulsos. Apesar de não

definir o que são impulsos, os autores esclarecem que essa dimensão foi avaliada com itens como “usualmente inicia uma atividade sem pensar sobre ela” e “não consegue diminuir a intensidade do som da voz quando pedido”. A dimensão medo/timidez foi definida como a aversão a se aproximar de objetos ou pessoas. Os resultados indicaram diferenças entre os sexos. Para o sexo feminino, a impulsividade só esteve significativamente relacionada a problemas internalizantes na adolescência, enquanto a dimensão medo/timidez só esteve significativamente relacionada a problemas internalizantes durante a infância. Para o sexo masculino, a impulsividade não esteve significativamente relacionada com problemas internalizantes, ao passo que a dimensão medo/timidez esteve relacionada a esse perfil ao longo de todas as ondas da coleta entre os cinco anos e o final da adolescência. Os garotos que apresentaram medo/timidez aos cinco, que também estiveram expostos a práticas coercitivas e cujas mães relataram sintomas de depressão, apresentaram maiores escores de problemas internalizantes aos 17 anos.

As síndromes específicas que compõem os problemas internalizantes também têm sido relacionadas com temperamento. Hane, Cheah, Rubin e Fox (2008) destacam características de temperamento que podem levar ao desenvolvimento de retraimento social. Dentre essas características encontram-se: reação negativa à novidade, inibição comportamental e dificuldades na autorregulação emocional (quando a criança é irritável e tem dificuldade de ser acalmada). Fox, Henderson, Marshall, Nichols e Ghera (2005) realizaram um levantamento amplo da literatura sobre inibição comportamental, destacando correlações entre características biológicas e a relação dos sujeitos com seu ambiente social, a partir de um desenho desenvolvimental. Esses autores discutiram estudos que compreendem a continuidade e a descontinuidade de características de retraimento daquelas crianças identificadas como inibidas, enquanto características de temperamento. Os autores encontraram dados significativos de continuidade das características de inibição, incluindo o desenvolvimento de padrões de hesitação social e comportamento passivo-solitário. No entanto, também relataram estudos em que uma parcela dos participantes não desenvolveu padrões retraídos de interação. Esses achados chamam atenção para outros fatores de influência sobre o desenvolvimento do retraimento social, além de fatores genéticos e características de temperamento.

Retomando o modelo de seleção por consequências, o segundo nível de seleção é caracterizado por contingências responsáveis pelos repertórios adquiridos por cada membro da espécie (Skinner, 2007). Assim, diferentes características de um indivíduo dependem da sua história de interação com o ambiente, especialmente o ambiente social. Os pais ou

cuidadores e outros eventuais parentes formam o primeiro grupo de interação social da criança no período entre o nascimento e a entrada na escola (Castro et al., 2003). Os pais utilizam-se de estratégias para influenciar as ações de seus filhos, visando à resolução de impasses atuais ou a preparação para situações futuras, esperadas durante o desenvolvimento. Como a família se estabelece a partir de relações sociais, mostrando diferentes formas de agir sobre o mundo para as crianças, as relações que ocorrem no contexto familiar tendem a influenciar o desenvolvimento social e as interações subsequentes de uma criança. Existem, nesse sentido, estratégias que podem, em conjunto, ser facilitadoras do desenvolvimento social e outras que podem dificultá-lo ou não favorecê-lo (Alvarenga, Piccinini, Frizzo, Lopes, & Tudge, 2009). Essas estratégias ou modos de criação de filhos têm sido denominadas como práticas educativas parentais. Na próxima seção, o conceito de práticas educativas parentais e suas implicações para a competência social da criança serão discutidos.

Ainda na perspectiva ontogenética, algumas fontes de estresse podem interferir nas práticas parentais, levando os pais a desenvolver um estilo parental relativamente insensível às necessidades e às dicas da criança sobre tais necessidades. A baixa responsividade dos pais pode fazer parte de um padrão de intrusividade, pois apesar de as mães estarem próximas e interagindo com as crianças, não reconhecem as demonstrações da criança sobre suas necessidades. Dentre as fontes de estresse, encontram-se a configuração familiar monoparental, baixo status socioeconômico (Booth-LaForce & Oxford, 2008; Santiago, Wadsworth, & Stump, 2011), conflitos intra-parentais e violência familiar (Hardaway, McLoyd, & Wood, 2012; Mäntymaa et al., 2012; Vendlinski, Silk, Shaw, & Lane, 2006).

Ainda considerando a ontogênese, a relação com os pares pode funcionar tanto como fator de proteção, quanto como fator de risco para o desenvolvimento de problemas internalizantes. Para caracterizar as amizades de crianças com problemas internalizantes, Stone et al. (2013) tiveram como objetivo examinar a similaridade de sintomas internalizantes em amizades de crianças entre quatro e oito anos, controlando o efeito dos problemas externalizantes. Foram analisadas 792 díades de crianças a partir de nomeações sociométricas. Foram consideradas amizades recíprocas aquelas amizades em que as crianças se indicaram mutuamente como amigas. As amizades unilaterais foram aquelas em que somente uma criança da díade, nomeou a outra como amiga. Das díades analisadas, 557 foram classificadas como de amizades recíprocas. Os sintomas internalizantes foram relatados pelos professores e quando comparadas as crianças dentro das díades recíprocas e das unilaterais quanto aos problemas internalizantes e suas síndromes, somente as crianças das díades recíprocas apresentaram similaridades significativas. Destaca-se que essa similaridade foi encontrada

independentemente do sexo da criança. Entende-se, nesse sentido, que as amizades recíprocas de crianças com problemas internalizantes tendem a ser estabelecidas com outras crianças que também apresentam sintomas internalizantes. No entanto, essa pesquisa não consegue explicar se as amizades recíprocas funcionam como fatores protetivos ou de risco para o desenvolvimento de problemas internalizantes ao longo do crescimento das crianças.

Caso sejam consideradas as síndromes internalizantes, existem estudos indicando a colaboração das amizades de crianças tanto como fatores de proteção quanto como fatores de risco. Rubin et al. (2009) apresentaram estudos que demonstram que algumas crianças retraídas têm amizades próximas (ou “melhores amigos”) e que tais amizades diminuem os prejuízos do afastamento social comuns ao retraimento social. No entanto, os amigos dessas crianças também costumam ser outras crianças socialmente retraídas. Rubin, Wojslawowicz, Rose-Krasnor, Booth-LaForce e Burgess (2006) revelaram que tais amizades possuem menor qualidade na interação, quando compararam os relatos de crianças socialmente retraídas com os relatos de crianças não retraídas. Nas díades de crianças socialmente retraídas, os pares seriam menos divertidos e solícitos. Além disso, as crianças das díades retraídas estão mais sujeitas à rejeição pelos outros pares que as crianças não retraídas.

Por fim, de acordo com o modelo de seleção por consequências, para analisar de forma completa a compreensão dos problemas internalizantes, o contexto cultural também deve ser considerado. Assim, com as diferenças de valores e costumes, cada grupo cultural pode interpretar os problemas internalizantes e suas síndromes tanto como *déficit* de habilidades sociais, quanto como uma demonstração de competência social (Rubin et al., 2009; Rubin & Coplan, 2004). Com isso, a forma como padrões de resposta serão reforçados é determinada de diferentes maneiras, a depender do grupo em que se inscreva. A compreensão sobre a adequação de determinadas práticas educativas parentais também varia entre culturas. Por exemplo, Fung (1999) afirma que a humilhação é uma conduta considerada como ameaçadora do desenvolvimento da autoestima da criança em culturas ocidentais, contudo pode ser entendida como vantajosa para o ensino de uma conduta socialmente adequada em países como a China. Assim, pesquisas realizadas na China mostram que a timidez e o retraimento são mais frequentes do que nas sociedades ocidentais e entendidos como aceitáveis no desenvolvimento de uma criança (Rubin, Burgess, & Coplan, 2002).

Entretanto, é importante destacar que cada grupo cultural possui um conjunto de práticas educativas mais comuns, sem ficar restrito ao uso de somente uma, como a humilhação, por exemplo. Nesse sentido, o uso de certo grau de humilhação, em conjunto com outras práticas parentais, pode ser compreendido como parte das responsabilidades de

pais facilitadores do desenvolvimento social (Fung, 1999). Além disso, as culturas sofrem mudanças ao longo da história de cada grupo social, produzindo alterações nas formas de interagir e interpretar os seus atos. A sociedade tradicional chinesa, por exemplo, tem sido descrita como autoritária e valorizadora do grupo em detrimento dos indivíduos. Porém, desde a década de 1980 e, mais fortemente, desde a de 1990, com a introdução no sistema capitalista, valores como liberdade individual e independência têm sido gradualmente divulgados e aceitos na China (Liu et al., 2012). Portanto, ao analisar as dinâmicas interpessoais a partir dos contextos culturais, faz-se necessário compreender as particularidades de cada grupo social e das mudanças de seus valores ao longo do tempo.

Dessa forma, para compreender o fenômeno dos problemas internalizantes de maneira ampla, devem ser considerados os domínios da filogênese, ontogênese e cultura, pois funcionam em um contínuo durante o ciclo vital em interação constante. São domínios interdependentes que podem ser separados para fins de análise (Carvalho Neto & Tourinho, 1999). Quando as pesquisas visam a intervir sobre comportamentos internalizantes, prevenindo ou reduzindo sua ocorrência, devem avaliar a viabilidade e a extensão dos seus procedimentos. As intervenções sobre práticas educativas parentais podem oferecer vantagens para as famílias e para os pesquisadores. Como a família constitui-se como o principal contexto de socialização no início da vida, seus membros têm acesso imediato aos comportamentos característicos e ao contexto facilitador e mantenedor dos problemas internalizantes (Castro et al., 2003; Coelho & Murta, 2007). Dessa forma, os cuidadores podem colaborar tanto para o desenvolvimento de problemas de comportamento, quanto para um repertório de habilidades sociais. Supõe-se que a intervenção com foco em práticas educativas parentais também seja útil na manutenção de um contexto facilitador do desenvolvimento social em diferentes momentos da vida da criança. Com essa estratégia, a intervenção com pais pode extrapolar o contexto de uma dificuldade momentânea para novas demandas e dificuldades que surgirem em função de mudanças na vida da criança. Na próxima seção, discute-se o conceito de práticas educativas parentais com maior profundidade, abordando o seu papel no desenvolvimento de problemas internalizantes.

### **Práticas Educativas Parentais**

As práticas educativas parentais vêm sendo investigadas há décadas (Holden, 2010; Macarini, Martins, Minetto, & Vieira, 2010; Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006) e têm sido consideradas como as estratégias disciplinares utilizadas pelos pais (ou cuidadores), que

visam à promoção de competência social e comportamentos adequados e à redução ou eliminação de comportamentos inadequados (Pacheco, Silveira, & Schneider, 2008). Os conceitos de comportamentos adequados e comportamentos inadequados devem ser interpretados a partir do referencial cultural em que cada interação social ocorre. Os comportamentos adequados tendem a envolver as ações que produzem reforçamento positivo e a ser reforçadas pelo grupo cultural ao qual o sujeito pertence. Em oposição, os comportamentos inadequados tendem a ser considerados aversivos pelo grupo social e, portanto, com altas probabilidades de serem punidos (Alvarenga & Piccinini, 2007).

De maneira mais detalhada, Alvarenga et al. (2009) caracterizam as práticas educativas parentais como estratégias de regulação do comportamento infantil, utilizadas pelos pais durante o processo de socialização dos filhos. As práticas orientam o comportamento infantil a partir de determinados princípios morais, visando também o desenvolvimento de autonomia e de habilidades de resolução de problemas.

Práticas educativas parentais que envolvam estabelecimento de limites, comunicação, ensino de responsabilidades e expressão de afeto tendem a promover o desenvolvimento da autoestima, da autonomia e das habilidades sociais da criança, prevenindo o surgimento de problemas de comportamento, incluindo os problemas internalizantes em geral (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Em contraposição, relações caracterizadas por baixa frequência de expressão de afeto, práticas coercitivas e supervisão inadequada do comportamento das crianças costumam elevar as probabilidades do desenvolvimento de problemas externalizantes (Coelho & Murta, 2007). Outras práticas parentais abordadas futuramente nesta seção tendem a estar relacionadas com o desenvolvimento de problemas internalizantes e algumas de suas síndromes.

A manutenção e a relação das práticas educativas parentais entre si, ao longo do tempo, formam padrões chamados de estilos parentais. Os estudos de Baumrind (1966) sugerem três tipos estilos parentais: o autoritário, o autoritativo e o permissivo. O estilo autoritário é marcado por práticas de controle coercitivo com pouca ou nenhuma negociação com a criança sobre as regras estabelecidas, marcado por tentativas de controlar e avaliar os comportamentos dos filhos, de acordo com um padrão de conduta previamente estabelecido, normalmente baseado em uma autoridade superior. Os pais permissivos, por sua vez, evitam a utilização de controle punitivo e são tolerantes, tentam se utilizar da razão e manipulação para orientação dos filhos, mas não exercem poder para alcançar seus objetivos na educação dos filhos.

Os pais autoritativos favorecem o desenvolvimento da autonomia, reconhecendo as

condutas adequadas da criança e exercendo controle sobre condutas consideradas inadequadas. A autora sugere que os pais que são afetuosos, compreensivos e promotores de autonomia, em virtude daquilo que eles reforçam e oferecem de modelo, educam crianças menos passivas que os pais restritivos e insensíveis às demandas da criança.

Outra contribuição para a compreensão da relação pais-filhos e os estilos parentais é a obra de Hoffman. Hoffman (1975, 1994) aborda as interações entre pais e filhos a partir da dinâmica de internalização moral por parte da criança e do conceito de encontros disciplinares. Os encontros disciplinares são interações nas quais os pais têm a intenção de alterar o comportamento da criança contra a vontade desta, estando a criança em atividades desviantes ou rotineiras. Ao longo da infância e até a adolescência, pais e filhos podem vivenciar esses encontros, devido ao surgimento de novos desejos das crianças confrontados com as possibilidades de realizá-los. No entanto, a depender de como a criança for ensinada sobre os limites morais, os conflitos podem diminuir. Hoffman (1975, 1994) destaca dois tipos de técnicas ou estratégias que os pais podem utilizar para resolver os encontros disciplinares: as práticas coercitivas e as práticas indutivas. As práticas coercitivas são aquelas técnicas usadas para levar a criança a mudar de comportamento, por meio da antecipação ou apresentação de consequências aversivas dispostas pelos pais. Essa dinâmica fortalece a percepção da fonte dos valores morais como sendo externa e perpetua a oposição entre os desejos das crianças e os padrões morais. São exemplos de técnicas coercitivas, a punição física, a restrição material e a ameaça de restrição, que podem produzir reações emocionais intensas como medo, hostilidade e ansiedade na criança.

As práticas indutivas, por sua vez, direcionam a atenção das crianças para as consequências de seu comportamento para outras pessoas. A indução leva à compreensão das implicações de suas ações e oferece autonomia suficiente para que a criança compreenda as situações e controle seu comportamento com base nas suas conclusões, aumentando a autonomia da criança em relação à necessidade de limites externos (Hoffman, 1975, 1994). Quanto aos produtos emocionais, espera-se que a indução leve à redução do sentimento de oposição entre os desejos da criança e as demandas morais comunicadas por seus pais.

Aprofundando as concepções de estilo parental, Barber (1996) afirma que esse estilo deveria ser estudado a partir de dois tipos de controle: o controle psicológico e o controle comportamental. Esse autor busca oferecer esclarecimento adicional à complexidade envolvida no conceito de controle parental, acrescentando distinções específicas entre controle psicológico e controle comportamental.

Barber (1996) apresenta o conceito de controle psicológico como uma forma de



controle que tem o potencial de inibir ou interferir sobre o desenvolvimento psicológico da criança através da exploração do vínculo dos pais com a criança (por exemplo, pela retirada de amor ou indução de culpa), comentários ou críticas que são expressões de decepção ou vergonha e ainda, controle pessoal excessivo. Por sua vez, o controle comportamental é composto pelas tentativas parentais de manejar o comportamento da criança, pela explicação de regras, consistência das práticas e responsividade às necessidades da criança. Quanto aos subprodutos associados ao controle psicológico, tem sido consistentemente relatada na literatura, segundo Barber (1996), uma associação com padrões marcados por sentimento de culpa, conduta responsável, dependência, alienação, retraimento social, inabilidade para realizar escolhas conscientes, sentimento de baixa autoestima, características inibidas, passivas e resultantes de controle excessivo, além de afeto deprimido.

Galambos, Barker e Almeida (2003) examinaram a influência relativa de práticas parentais de suporte, controle comportamental e controle psicológico nas trajetórias de problemas internalizantes e externalizantes no início da adolescência. Os dados foram coletados em um estudo longitudinal de três anos e meio, contando com cinco ondas de coleta, com adolescentes e seus respectivos pais e mães. No início da coleta, os adolescentes tinham uma idade média de 11,5 anos. Os participantes respondiam aos instrumentos individualmente e não deveriam discutir entre si sobre a coleta. Para a avaliação do suporte, controle comportamental e controle psicológico, os pais e mães responderam ao Child's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI). Por fim, para a avaliação dos problemas internalizantes, os adolescentes responderam à subescala de tom emocional do Self-Image Questionnaire for Young Adolescents que mede sintomas depressivos e ansiosos. Dentre as práticas parentais, o controle comportamental foi um preditor significativo dos níveis iniciais de problemas internalizantes encontrados na primeira coleta, de modo que o relato parental de uso consistente de controle comportamental esteve associado a menores níveis de problemas internalizantes dos adolescentes. A ausência de correlação com o controle psicológico, por outro lado, é destacada pelos autores como um achado que contraria a literatura e que pode ter sido decorrente de inadequações no instrumento.

A relação entre controle psicológico e problemas internalizantes também pode ser moderada por outras variáveis. El-Sheikh, Hinnant, Kelly e Erath (2010) fizeram uma pesquisa com o intuito de examinar moderadores ecológicos (status socioeconômico das famílias) e biorregulatórios (duração do sono e eficiência do sono) na relação entre controle psicológico materno e vulnerabilidade infantil para sintomas internalizantes. Os dados foram coletados com crianças no 4º ano e suas respectivas mães. Os fatores biorregulatórios, a partir

do ciclo sono-vigília, foram examinados através de actigrafia – exame com a função de detectar alterações do sono e do ciclo circadiano – durante uma semana. As informações sobre controle psicológico e sobre os sintomas internalizantes foram coletadas a partir de relatos das crianças. O controle psicológico foi avaliado a partir do preenchimento do CRPBI. Os sintomas internalizantes, por sua vez, foram considerados a partir de sintomas de depressão, ansiedade e agitação pré-sono, medidos, respectivamente, pelos seguintes instrumentos: Children's Depression Inventory (CDI), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) e Pre-Sleep Arousal Scale. Os resultados mostraram que o controle psicológico esteve mais consistentemente correlacionado com sintomas internalizantes quando as crianças apresentavam distúrbios do sono e/ou baixo status socioeconômico. Em oposição, não foi encontrada correlação para crianças sem distúrbios do sono e maiores status socioeconômicos. Esses achados indicam a importância de se investigar a interação de diferentes variáveis, na pesquisa sobre a relação entre práticas educativas parentais e problemas internalizantes, com destaque para status socioeconômico.

Também foram encontradas associações entre o controle psicológico e os problemas internalizantes quando foram consideradas as síndromes específicas. Por exemplo, a associação entre controle psicológico e retraimento social foi tratada de forma ampla pelo estudo de Rubin e Coplan (2004), o qual descreve a dinâmica da relação entre pais/mães e filhos. Os autores afirmam que práticas educativas parentais excessivamente controladoras tendem a suprimir a ação das crianças, reduzindo sua variabilidade comportamental e desencorajando a autonomia. Desse modo, elas não têm oportunidade de desenvolver estratégias de enfrentamento e de resolução de problemas em seus contextos interpessoais. Em decorrência disso, acabam esquivando-se de situações sociais.

De maneira mais aprofundada, um exemplo do estudo da relação entre controle comportamental ou psicológico no desenvolvimento de retraimento social, é a pesquisa de Mills e Rubin (1998) que teve como objetivo determinar se o controle comportamental ou o psicológico (especificamente ameaças à autoestima) estão associados uniforme ou diferencialmente com agressão e retraimento social. Nessa pesquisa, realizada no Canadá, participaram 459 crianças entre cinco e nove anos e suas mães. As mães foram comparadas entre si quanto ao uso de controle comportamental e psicológico. Os autores utilizaram a aceção de controle comportamental como o oferecimento, para a criança, de expectativas e regras claras e consistentes e contingências previsíveis, levando em consideração as necessidades e interesses da criança. Em oposição, o controle psicológico refere-se a práticas destinadas a constranger, invalidar ou manipular a expressão da experiência emocional e

psicológica. As crianças foram avaliadas como “agressivas-externalizantes”, “retraídas-internalizantes” e “socialmente comuns” pelos pares e professores através da *Revised Class Play* (RCP) e *Teacher-Child Rating Scale* respectivamente. Ambos os testes investigam dificuldades internalizantes e externalizantes. Após comparação dos resultados dos testes, foram designadas aos grupos acima descritos somente as crianças que tiveram avaliações equivalentes dos pares e dos professores. As crianças foram separadas em três grupos: 22 do grupo não-clínico (ou socialmente comuns), 13 retraídas-internalizantes e 10 agressivas-externalizantes. Para avaliação, os autores observaram as díades mãe-criança da amostra interagindo com díades desconhecidas em diferentes situações. Nos resultados, as mães de crianças “retraídas-internalizantes” mostraram-se mais controladoras, tanto comportamental, quanto psicologicamente. Isso indica que essas mães deram mais ordens e foram menos responsivas ao comportamento e às necessidades das crianças. Esse estudo indica, portanto, que as mães de crianças retraídas-internalizantes, tendem a ser supercontroladoras, utilizando-se não somente de controle psicológico, mas também de controle comportamental.

Discutindo as trajetórias de desenvolvimento do retraimento social, Booth-LaForce e Oxford (2008) hipotetizaram trajetórias semelhantes às de problemas externalizantes, sendo trajetórias de agravamento, de remissão e normativa. Assim, as autoras tiveram como objetivos: a) identificar padrões distintos de trajetória de retraimento social de crianças entre um mês e quatro anos e meio, comparando as diferentes trajetórias; b) testar elementos do modelo de Rubin para desenvolvimento do retraimento social; e c) investigar diferenças de gênero no contexto dos objetivos anteriores. Participaram 1092 crianças (49% de meninas) de um estudo sobre os cuidados precoces de crianças e desenvolvimento de jovens. Em seus resultados, as autoras também identificaram, para o retraimento social e sem diferença entre os sexos, três padrões de trajetória distintos: grupo normativo (86%), grupo de remissão (5%) e grupo de agravamento (9%). O grupo normativo tem integrantes com níveis não-clínicos de retraimento social, mantidos ao longo do tempo, o de remissão tem altos escores de retraimento social no início da infância, tendo redução dos escores até o final da infância e o de agravamento apresenta baixos escores de retraimento social no início da infância, tendo aumento para altos escores ao final da infância. O modelo de predição de desenvolvimento de retraimento social destaca o papel do temperamento, da parentalidade insensível e do apego. Nas crianças desse estudo, o temperamento tímido aos quatro anos e meio esteve relacionado ao grupo de remissão e o *déficit* de controle inibitório (na mesma idade) apareceu relacionado ao grupo de agravamento. Já parentalidade insensível, foi avaliada a partir de indicadores de intrusividade e de insensibilidade aos seis meses de idade e de ausência de suporte, ausência

de respeito pela autonomia da criança e hostilidade aos 54 meses. Desse modo, constatou-se que a parentalidade insensível aos seis meses esteve positivamente correlacionada com parentalidade insensível aos 54 meses e negativamente correlacionada com o apego seguro aos 24 meses. O apego seguro aos 24 meses, por sua vez, esteve negativamente correlacionado com parentalidade insensível aos 54 meses. Finalmente, a parentalidade insensível teve correlação positiva com o pertencimento tanto ao grupo de remissão quanto ao de agravamento.

Rubin, Burgess e Hastings (2002) encontraram uma correlação entre o temperamento caracterizado por inibição por volta dos dois anos e a hesitação social aos quatro anos, moderada pelas práticas educativas das mães. O temperamento inibido consiste em um padrão de comportamento, com provável base biológica, caracterizado por sinais de ansiedade, angústia e cautela frente a situações não conhecidas ou desafiantes. Enquanto a hesitação social é um construto que descreve cautela frente a situações sociais não familiares, principalmente frente a pares. Os autores identificaram que, entre as mães que apresentaram altas frequências de intrusividade e/ou comentários de escárnio, houve associação significativa e positiva entre a inibição e hesitação social. Por outro lado, entre as mães que não apresentaram padrão intrusivo e/ou de escárnio, a associação entre inibição e hesitação social não foi significativa.

Hane et al. (2008), em um estudo longitudinal, tiveram como objetivo investigar o efeito moderador do comportamento materno na relação entre hesitação social e temperamento tímido aos quatro anos e o retraimento social aos sete anos. A hesitação foi definida como engajar-se em atividades solitárias, na presença de pares. Foram participantes oitenta crianças (sendo 47 meninas e 33 meninos) e suas mães. Quando as crianças completaram quatro anos, as mães preencheram o *Colorado Child Temperament Inventory* (CCTI) e participavam com seus filhos de uma sessão de observação com outras três díades desconhecidas. Aos sete anos, as díades participaram de outras situações de observação, como brincadeira livre, limpeza de brinquedos e desafio com dobradura de papel. Os autores classificaram os comportamentos maternos em positividade e negatividade materna, sendo que a positividade se refere à demonstração de afeto e controle não-coercitivo e a negatividade se refere à hostilidade e controle coercitivo. Os resultados inicialmente apontaram para uma correlação significativa entre o sexo da criança e a negatividade materna, indicando que meninos tinham maior probabilidade de experienciar negatividade materna, comparados às meninas. Além disso, o relato materno sobre as crianças com temperamento tímido foi um importante preditor do retraimento aos sete anos quando as mães apresentavam

pouca positividade. Outro resultado foi a associação entre hesitação social e altos níveis de retraimento social quando as mães eram altamente negativas. Por fim, os autores discutiram que positividade e negatividade maternas influenciam diferentemente o desenvolvimento do retraimento social na infância, de modo que a negatividade é associada com *déficit* em competência social em crianças com um padrão claro de falta de participação social e ansiedade, enquanto a maternidade positiva foi associada com melhores resultados em competência social em pré-escolares que eram vistos como temperamentalmente tímidos.

Além do efeito moderador de algumas variáveis sobre a relação entre as práticas parentais e os problemas internalizantes, cabe destacar que essa relação também pode variar conforme o grupo social e cultural. Javo, Rønning, Heyerdahl e Rudmin (2004) realizaram um estudo na Noruega com os objetivos de identificar associações entre variáveis envolvidas no desenvolvimento de crianças e dos problemas de comportamento infantis, considerando efeitos de variáveis sociodemográficas, e do sexo da criança e etnia, e de investigar se tais associações diferem para os dois principais grupos étnicos da região do nordeste da Noruega, os indígenas Sami e a maioria norueguesa. Foram utilizados dados coletados com mães de 191 famílias com crianças de quatro anos de idade. O instrumento utilizado para avaliar problemas de comportamento, incluindo problemas internalizantes, foi o CBCL/4-18, com duas versões devidamente adaptadas para cada etnia. Também foram levantadas variáveis familiares (como idade da mãe, nível educacional dos pais e estado civil dos pais) e práticas parentais a partir de uma entrevista semiestruturada adaptada para os dois grupos. Os autores verificaram que as práticas envolvendo demonstração de afeto, para o grupo Sami, estiveram inversamente correlacionadas com os problemas internalizantes, de maneira que, quanto maior a frequência de demonstração de afeto, menores os escores de problemas internalizantes. Quanto às práticas de escárnio, foram identificados efeitos diferenciados dentre os grupos étnicos. Para os noruegueses do sexo masculino, essa prática esteve positivamente correlacionada com problemas internalizantes, enquanto que para os garotos do grupo Sami, práticas de escárnio estiveram inversamente correlacionadas com problemas internalizantes. Assim, quanto maior a frequência de práticas de escárnio, maiores os escores de problemas internalizantes para os garotos noruegueses e menores os escores de problemas internalizantes nos garotos Sami.

Diferenças nos efeitos das práticas parentais entre comunidades culturais distintas também são observadas quando são consideradas as síndromes que constituem o agrupamento de problemas internalizantes. Com o intuito de verificar similaridades e diferenças entre culturas, Nelson et al. (2006) examinaram a relação entre as práticas educativas de mães e o

retraimento social em pré-escolares chineses. Participaram desse estudo, realizado em Pequim e Hangzhou, 446 mães de 219 meninos e 227 meninas e os principais professores dessas crianças. As mães completaram questionários auto-aplicáveis sobre práticas parentais que abordavam diretividade, superproteção, humilhação, coerção e encorajamento à modéstia. Os professores avaliaram as crianças como hesitante, passivo-solitária, ativo-solitária e com comportamento de modéstia. A criança hesitante olha para outras crianças, mas não interage com elas e fica ansiosa quando um desconhecido se aproxima; a criança passivo-solitária prefere brincar sozinha, ainda que na presença dos outros; as crianças ativo-solitárias brincam sozinhas de faz-de-conta ou de brincadeiras repetitivas na presença de pares; as crianças com comportamento de modéstia são as consideradas quietas, reservadas, mas sem padrão de retraimento social. Os resultados mostraram que: a) a diretividade materna teve correlação positiva com comportamento hesitante em garotas e esteve negativamente correlacionada com o comportamento passivo-solitário em garotos; b) a superproteção materna, para garotas, foi positivamente correlacionada tanto com comportamento hesitante e comportamento passivo-solitário, como negativamente correlacionada com modéstia; c) a coerção esteve positivamente correlacionada com comportamento ativo-solitário e comportamento hesitante, em garotas; e d) a humilhação foi positivamente correlacionada com todas as formas de retraimento tanto em garotas, quanto em garotos, assim como positivamente correlacionada com a modéstia em garotos. Destaca-se a relação entre comportamento de modéstia e práticas de humilhação em garotos, pois essa prática que costuma estar associada aos problemas internalizantes em comunidades ocidentais esteve correlacionada com um padrão não caracterizado por problemas de comportamento.

Aparentemente, as práticas parentais apontadas por esses estudos propiciam contextos de pouca oportunidade de produção de reforçamento positivo pelas próprias crianças, além de alta frequência de consequências aversivas quando a criança tenta expressar sua vontade/necessidade. Assim, caso as crianças venham a explorar o ambiente de maneira autônoma, os pais tendem a impedi-las. Dessa forma, as crianças têm poucas oportunidades de desenvolverem um repertório de habilidades sociais e de resolução de problemas. Essa interação leva, portanto, a sentimentos de baixa autoestima e baixa autoconfiança. Além disso, como o contato social passa a ser caracterizado pela apresentação de consequências aversivas, é esperado que as crianças evitem a aproximação tanto dos pais, quanto dos pares. Cabe destacar o caráter de interação mútua entre os padrões comportamentais dos pais e os das crianças, de maneira que, com práticas parentais coercitivas e intrusivas, as crianças não desenvolveriam habilidades de resolução de problemas, não apresentando maneiras de se

contrapor às tentativas dos pais de reduzir sua autonomia. Ao mesmo tempo, os pais sentem-se impelidos a tomar iniciativa pela criança e resolver problemas em seu lugar diante do repertório de enfrentamento escasso que elas demonstram ter em contextos de interação social.

Em resumo, os estudos indicam que as práticas parentais relacionadas ao desenvolvimento de problema internalizantes são a baixa responsividade, a humilhação, o escárnio, a intrusividade, o controle psicológico, o controle excessivo e a superproteção (Booth-LaForce & Oxford, 2008; El-Sheikh et al., 2010; Galambos et al., 2003; Hane et al., 2008; Mills & Rubin, 1998; Nelson et al., 2006; Rakow et al., 2009; Rubin et al., 2002; Rubin & Coplan, 2004). Essas práticas possuem a intrusividade enquanto característica comum. As práticas intrusivas, nesse sentido, seriam definidas por ações que restringem, invalidam ou manipulam a experiência e as expressões da criança. Tais práticas interferem no desenvolvimento psicológico e emocional da criança, de modo que não são responsivas às necessidades da criança e que não encorajam interação com outros (Barber & Harmon, 2002; Barber, 1996). Os diferentes achados obtidos para grupos culturais distintos indicam a importância de considerar as particularidades de cada grupo social e os efeitos específicos das práticas parentais para desenvolvimento de problemas internalizantes. Tal consideração torna-se mais necessária quando se planejam intervenções sobre as práticas parentais. A próxima seção aborda o panorama de pesquisas sobre intervenções direcionadas ao tratamento e prevenção dos problemas internalizantes, particularmente, aquelas que focalizam o papel dos pais ou cuidadores.

### **Intervenções Direcionadas às Práticas Educativas Parentais e ao Desenvolvimento da Competência Social Infantil**

Existem diferentes tipos de intervenção visando à melhoria da competência social infantil, que levariam à diminuição dos indicadores de problemas internalizantes e dos seus efeitos prejudiciais para o desenvolvimento infantil. Os tipos de intervenção podem ser combinações entre propostas para o contexto cotidiano ou clínico, com os pais, as crianças e ainda outras pessoas significativas (por exemplo, professores, outros parentes ou pares).

Os tipos de intervenção descritos na literatura para crianças com problemas internalizantes foram apresentados por Compton et al. (2002). Na revisão de literatura que fizeram, compararam a eficácia de intervenções psicossociais, psicofarmacológicas e tratamentos que combinam as duas estratégias para crianças entre seis e 12 anos, com

problemas internalizantes. Os autores verificaram que tratamentos combinados de cunho psicológico e psicofarmacológico são efetivos na redução dos sintomas internalizantes e que as melhoras podem manter-se por longos períodos de tempo. Considerando a abordagem teórica do tratamento psicológico, os autores destacam que a Análise do Comportamento e a Terapia Cognitivo-comportamental têm a mesma eficácia.

Ainda que tratamentos combinados sejam efetivos, os estudos podem priorizar uma modalidade específica de tratamento. A escolha por tratamentos diferenciados pode se dar por razões teóricas, pela natureza do objeto da pesquisa, ou ainda por limitações dos recursos de cada pesquisador. Quanto aos problemas internalizantes, encontram-se estudos que oferecem destaque para prevenção, para tratamento individualizado de cunho psicológico da criança com sintomas de problemas internalizantes ou suas síndromes, para a orientação ou treinamento de pais ou outros membros da família e para intervenções paralelas com pais e com crianças.

Algumas intervenções são planejadas com a intenção de prevenir a ocorrência ou a piora dos sintomas internalizantes. Lindsey, Hayward e DePanfilis (2009) examinaram o impacto de uma intervenção denominada Family Connections (FC) para prevenção de problemas de comportamento entre crianças urbanas e predominantemente afro-americanas em estado de risco para negligência. O estado de negligência foi informado pelos cuidadores no período de seleção para a intervenção, incluindo: demora em conseguir cuidado em saúde mental para a criança, condições de moradia instáveis e supervisão inadequada. Como critério de inclusão, a negligência deveria ocorrer em níveis em que não fosse necessário o envolvimento de serviços de proteção à criança. Os outros critérios determinados para a inclusão foram os seguintes: a) ao menos dois fatores adicionais de risco relacionados à criança (problemas de comportamento, transtornos de desenvolvimento físico ou de aprendizagem, mais de dois irmãos) ou relacionados ao cuidador/família (desemprego, quantidade de empregos que ocupem em demasia o tempo dos cuidadores, problemas mentais, com substâncias ilícitas ou álcool, violência doméstica, falta de moradia), b) não estar envolvido com serviços de proteção à criança, e c) intenção explícita dos cuidadores em participar do programa.

A intervenção FC é um programa que oferece serviços baseados em uma comunidade e que atua com as famílias em sua vizinhança, para que consigam alcançar necessidades básicas para seus filhos, reduzir o risco de a criança ser negligenciada e melhorar o funcionamento geral da família. Os componentes principais desse programa envolvem assistência de emergência, intervenções domiciliares (como avaliação familiar, planos de



ações orientados para resultados, aconselhamento individual e familiar), proteção e coordenação de serviços visando a fatores de proteção e atividades de recreação e proteção com as famílias da comunidade. A amostra do estudo e seus respectivos dados derivam da pesquisa de DePanfilis (2002) na qual foram conduzidas intervenções com a FC em diferentes grupos acompanhados durante três ou nove meses. Da amostra de 154 famílias da pesquisa de DePanfilis (2002), foram analisadas as informações de 111 famílias coletadas através do CBCL/4-18, que foi preenchido pelo cuidador principal de cada criança no começo e no término da intervenção e também em um follow-up de seis meses. Foram escolhidas as avaliações dos filhos mais novos de cada família na faixa etária dos cinco aos 11 anos, com média de idade de 7,43 anos. As famílias que foram acompanhadas por três meses tiveram uma média de 17 horas de atendimento durante 12 semanas, enquanto as famílias acompanhadas por nove meses tiveram uma média de 31 horas de atendimento distribuídas por 36 semanas. A frequência das sessões era de um atendimento por semana, sendo que algumas famílias não alcançaram essa frequência. Não houve diferença entre os sexos no que concerne aos escores de problemas internalizantes. Entre os grupos de três e nove meses não foi encontrada diferença significativa nos escores de problemas internalizantes. Notou-se efeito principal da passagem do tempo sobre os problemas internalizantes, com redução dos escores entre os três momentos de mensuração. Também foi identificada uma interação significativa entre tempo e grupo de tratamento, havendo redução dos escores entre o pré, o pós-teste e o follow-up no grupo de nove meses. No grupo que foi acompanhado por três meses, houve aumento dos escores entre os dois primeiros momentos e redução do segundo para o terceiro momento. Esses dados podem sugerir que os dois modelos de intervenção com FC são igualmente eficazes, com redução dos escores de internalizantes ao longo do tempo. Também foi destacada uma interação entre as variáveis sexo e tempo, que mostrou que os garotos experienciaram maior redução com posterior estabilização dos sintomas internalizantes quando comparados com as garotas. No caso do sexo feminino, houve aumento dos escores entre o pré e o pós-teste e redução entre o pós-teste e o follow-up.

Também do ponto de vista de preventivo, Compas et al. (2009) procuraram testar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental, de caráter familiar e preventivo comparando-a com o oferecimento de material escrito sobre depressão e seus efeitos na família. Participaram, no grupo intervenção, 111 pais (95 mães e 16 pais) com seus filhos, totalizando 155 crianças e adolescentes na faixa dos nove aos 15 anos. Os pais participantes tinham diagnóstico atual ou anterior, durante o período de vida de seus filhos, de transtorno depressivo maior. Dentre os filhos, 70 eram do sexo feminino e 85 do sexo masculino. Os

dados foram coletados após dois, seis e 12 meses do início da intervenção, coincidindo com o fim das oito sessões semanais, das sessões mensais de aprimoramento e com o follow-up respectivamente. O Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), medida de auto-relato, foi respondido pelos pais para avaliar a frequência de sintomas depressivos atuais nas crianças. Com relação ao transtorno depressivo maior, foi realizada uma entrevista semiestruturada baseada na The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Versions (K-SADS-PL), aplicada separadamente com os pais e com as crianças para identificar diagnósticos psiquiátricos atuais e crônicos. Com o intuito de identificar sintomas internalizantes e a síndrome ansiedade/depressão, foi administrado o CBCL, preenchido pelos pais, e o YSR respondido pelos adolescentes acima de 11 anos. Quanto aos sintomas dos pais, foi aplicado o Beck Depression Inventory II (BDI-II) para o levantamento de sintomas depressivos atuais e a Structured Clinical Interview for DSM (SCID) visando à identificação dos quadros atuais e anteriores de transtorno depressivo maior e outros transtornos clínicos descritos no Eixo I do DSM-IV.

A intervenção propriamente dita consistiu em um programa cognitivo-comportamental, com um protocolo de 12 sessões no total, sendo as oito primeiras semanais e as quatro últimas mensais. Cada grupo foi formado por até quatro famílias compostas por ambos os pais e o respectivo filho. Os objetivos da intervenção foram os seguintes: a) educar as famílias sobre os transtornos depressivos; b) aprimorar o conhecimento da família sobre o impacto do estresse e da depressão; c) ajudar as famílias a reconhecer e monitorar o estresse; d) facilitar o desenvolvimento de respostas de enfrentamento ao estresse e e) aprimorar as práticas parentais. Na primeira fase da intervenção, os pais e os filhos encontraram-se com dois facilitadores no mesmo grupo para aprender sobre depressão e as possíveis estratégias de enfrentamento. Na segunda parte, no começo e no término das sessões quatro a oito, as crianças e os facilitadores reuniram-se para discutir as tarefas de casa e exercitar novas habilidades. Separadamente, os pais aprenderam sobre práticas parentais, tais como reconhecimento, envolvimento parental e reforçamento positivo e as crianças aprenderam habilidades de enfrentamento para a depressão de seus pais, como aceitação, distração, atividades alternativas e pensamento positivo. Nas sessões nove à 12, tratou-se sobre as dificuldades de implementar as mudanças planejadas e exercitadas até a oitava sessão, com parte da sessão sendo realizada com os pais e as crianças conjuntamente e a outra parte sendo realizada separadamente. Para o grupo comparação, foram enviados materiais escritos para pais, mães e filhos, com adaptação para as crianças de nove a 11 anos e os adolescentes de 12 a 15 anos. O material escrito procurava orientar sobre a natureza da depressão, os efeitos da

depressão parental nas famílias e sinais de depressão em crianças. O material foi enviado de modo que fosse temporalmente equivalente às oito sessões semanais do grupo intervenção.

Os achados da pesquisa indicaram que, para os sintomas depressivos das crianças e adolescentes, foi encontrada diferença significativa entre os grupos somente no follow-up de 12 meses. Já para a síndrome ansiedade/depressão, foi encontrada diferença significativa aos dois, seis e 12 meses, a partir dos relatos dos filhos, mas não a partir dos relatos parentais. Em relação aos problemas internalizantes, houve uma diferença marginalmente significativa aos dois e aos seis meses e uma relação significativa aos 12 meses, considerando os relatos dos filhos. Através do relato dos pais, não foi encontrada diferença significativa. Os tamanhos dos efeitos da intervenção em todos os três momentos de avaliação, a partir dos relatos dos filhos, tiveram magnitudes de pequenas a médias, sendo maiores as magnitudes aos 12 meses. Sugere-se que alguns efeitos da intervenção fortaleçam-se ao longo do tempo, possivelmente por ter decorrido um período suficiente para que as práticas e habilidades aprendidas nas sessões pelos pais e filhos se consolidassem. A diferença entre os relatos parentais e o relato dos filhos pode indicar que os filhos sejam mais sensíveis à identificação das mudanças e dos próprios problemas internalizantes, do que os pais, que apresentavam histórico de transtorno depressivo maior. Quanto aos pais, houve redução significativa nos sintomas depressivos em todas as fases da coleta, no entanto, os grupos comparação e intervenção não tiveram diferença significativa quanto ao número de episódios de depressão. Desse modo, nota-se uma possível redução na intensidade e extensão dos episódios depressivos, mas não de sua frequência. Por fim, os autores afirmam que os resultados estão mais próximos ao que se esperaria de um tratamento do que de um programa de prevenção. Em um programa de prevenção, o grupo comparação apresentaria aumento dos escores por estar exposto a fatores de risco sem intervenções adequadas e o grupo intervenção teria estabilidade ou redução nos sintomas. No entanto, os escores do grupo comparação mantiveram-se estáveis ou com leve redução.

Em um estudo posterior, Compas et al. (2011) acompanharam a mesma amostra da pesquisa anterior aos 18 e aos 24 meses após o início da intervenção. Aos 18 meses, mantiveram-se os efeitos significativos da intervenção sobre a síndrome ansiedade/depressão e sobre os problemas internalizantes a partir dos relatos dos filhos. Aos 24 meses, notou-se que mais que o dobro das crianças do grupo comparação passou por um episódio de depressão maior, quando comparadas ao grupo intervenção. Esse dado destaca o valor protetivo da intervenção, que teve uma função preventiva para transtorno depressivo maior. Quanto aos sintomas depressivos dos pais, um possível efeito da intervenção, de tamanho pequeno, pode

ter se mantido até os 24 meses. No entanto, a frequência de episódios de depressão maior manteve-se sem diferenças significativas entre os grupos, destacando o caráter recorrente dos episódios depressivos para adultos com histórico de depressão. Esse achado fortalece a importância de a criança aprender estratégias de enfrentamento para a depressão parental e também a necessidade de os pais procurarem auxílio profissional individualizado.

As modalidades de intervenção descritas acima privilegiam a prevenção. No entanto, é possível encontrar estudos com foco no tratamento exclusivamente com a criança. Kvarme et al. (2010), por exemplo, realizaram uma intervenção composta por seis encontros de frequência semanal, com participantes noruegueses de 12 e 13 anos, identificados como retraídos socialmente. Os autores utilizaram-se de uma intervenção (terapia focada na solução) voltada para o desenvolvimento do sentimento de autoconfiança, que destaca as capacidades individuais da criança e seus sucessos como experiências de aprendizagem valiosas, evitando trabalhar com falhas ou déficits de desempenho. O estudo teve como objetivos explorar os efeitos de uma intervenção em grupo, baseada na terapia focada na solução, sobre a autoconfiança geral (crença de um indivíduo sobre sua competência de lidar com dificuldades ou tarefas novas e enfrentar adversidades em atividades desafiadoras), autoconfiança social e autoconfiança afirmativa, que compõem a experiência de enfrentar a expectativa de outras pessoas. A conclusão do estudo foi que as garotas tiveram aumento nos escores de autoconfiança geral logo após a intervenção e que ambos os sexos apresentaram aumentos nos escores de autoconfiança geral três meses após a intervenção. Essa diferença é explicada através da hipótese de que garotas seriam mais pró-sociais do que garotos.

Além de propostas individuais para as crianças ou adolescentes, existem também programas que são desenvolvidos em outros ambientes, como por exemplo, na escola. Christensen et al. (2007) propuseram um programa de intervenção para crianças socialmente retraídas que apresentavam problemas de aprendizagem, e que estavam cursando o equivalente ao quarto ano do ensino fundamental. O objetivo do estudo foi investigar os efeitos de um programa de intervenção sobre o comportamento de crianças socialmente retraídas, com problemas de aprendizagem em sala de aula. O programa de intervenção seguiu o modelo *Positive peer reporting* (PPR), que envolve o treinamento de um colega da criança com retraimento e de um professor. O papel do colega consiste em registrar as etapas que a criança cumpre dentro do programa diariamente, monitorar a realização das tarefas, oferecer exemplos de comportamentos socialmente adequados para sala de aula, quando a criança demonstrar dificuldade, e prover reforçamento positivo após o cumprimento de cada etapa. Após a verificação das atividades, a criança recebe do colega uma moeda de plástico, dentro

de um esquema de economia de fichas, no qual a criança acumula as moedas e ao final de um período pode trocar por produtos previamente definidos (por exemplo, brinquedos ou itens comestíveis). A participação do professor caracteriza-se por validar as pontuações do colega, discutindo o desempenho das crianças com os mesmos e elogiando os dois. A pontuação adquirida pela criança era convertida na mesma quantidade para o colega e os dois podiam trocar por reforçadores selecionados anteriormente. Inicialmente, a troca da pontuação ocorria diariamente e foi sendo espaçada gradualmente até intervalos de três dias.

Com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção, os autores utilizaram o delineamento experimental de caso único ABAB. Ao final da intervenção, a frequência de comportamentos adequados da criança para sala de aula aumentou durante as condições de intervenção e foi superior à média do grupo. Cabe destacar que os ganhos do tratamento mantiveram-se quando a frequência dos reforçadores dispensados pelo colega treinado foi reduzida. Apesar dos resultados positivos, certas características do estudo levantam importantes questões éticas relacionadas ao delineamento e, em especial, à reversão à linha de base, que comprometem também até certo ponto, os resultados obtidos. Em outra modalidade, pode-se intervir sobre as síndromes internalizantes com familiares e pares em ambientes além do doméstico. Fantuzzo et al. (2005) tiveram como objetivo examinar a generalização dos comportamentos de interação, adquiridos durante sessões de brincadeiras com pares, para as interações com outros colegas durante brincadeira livre. As sessões de treinamento foram baseadas no modelo de *Resilient Peer Treatment* (RPT). O RPT tem como foco melhorar a competência social entre crianças pré-escolares socialmente retraídas e maltratadas. Baseia-se na criação de rotinas, experiências positivamente reforçadoras em brincadeiras com pares, em um contexto urbano considerado pelos autores como de alto risco para os moradores. Nessa proposta de intervenção, conta-se com a participação de crianças socialmente retraídas, de crianças competentes socialmente (colegas de brincadeiras) e de familiares voluntários. Os familiares têm a função de implementar a intervenção e ajudar os colegas de brincadeiras em suas estratégias para engajar as crianças retraídas durante as brincadeiras em sala de aula. Foram separados grupos de intervenção e grupo controle com crianças maltratadas e não-maltratadas, formando o total de quatro grupos, dois de controle e dois experimentais. Esses grupos passaram por situações estruturadas de brincadeira, sendo que o grupo controle não tinha interação da criança com o colega de brincadeiras.

No pós-teste, as crianças que estavam na condição experimental apresentaram maior frequência de brincadeiras interativas em comparação com as crianças do grupo controle. As crianças do grupo experimental diminuíram a frequência de brincadeiras solitárias.

Interessante destacar que não houve interferência da condição de maus-tratos sobre os ganhos em competência social e que duas semanas após a intervenção, foi observada generalização desses ganhos para relações com outros pares na escola.

Mesmo com a possibilidade de propostas de atendimento individualizado das crianças, a orientação e o treinamento de pais também se mostra importante. Como a família é o primeiro contexto interpessoal de desenvolvimento, é necessário concentrar esforços na sua participação em tratamento com crianças, especialmente quando se trata de crianças pequenas. Percebe-se que intervenções com pais têm relevância, em geral, porque são detentores dos principais reforçadores da criança no início da vida (Coelho & Murta, 2007). Adicionalmente, o treinamento de pais pode ser vantajoso para a criança, pois, como as demandas do desenvolvimento se complexificam com o tempo, talvez os recursos atuais da criança, mesmo após a intervenção, não sejam suficientes para resolução das demandas sociais. Com o apoio de pais devidamente preparados (pela história de vida em geral ou por orientação), a criança pode resolver de modo mais proveitoso seus dilemas.

A intervenção com pais de crianças novas também é vantajosa, pois quanto mais jovem a criança, maior a diferença de poder em relação aos pais (Hoffman, 1975). Assim, uma intervenção exclusiva com a criança pode resultar em fracasso no ambiente natural, principalmente o doméstico, se os pais não estiverem conscientes do seu papel e preparados para promover a autonomia da criança. Nesse contexto, os pais podem não oferecer oportunidades de generalização das aprendizagens do tratamento ao qual a criança foi submetida.

O aumento de relatos sobre o uso de programa de treinamento de habilidade parentais na última década, especialmente com pais de crianças com problemas externalizantes foi constatado por Cartwright-Hatton, McNally, White e Verduyn (2005). Essas autoras esclarecem que nesse tipo de programa, os pais são treinados para manejar comportamentos-problema de seus filhos. Para tanto, os pais são ensinados sobre maneiras de interagir de modo mais eficiente com seus filhos, reforçando positivamente e de forma consistente comportamentos considerados adequados, estabelecendo limites razoáveis e de lidar com comportamentos-problemas através de extinção e consequências aversivas leves. Percebendo que os estudos envolvendo práticas parentais e problemas internalizantes são, em sua maioria, correlacionais, esse estudo teve como objetivo investigar se a manipulação de habilidades parentais produz alterações nos comportamentos internalizantes e também investigar se essas alterações se mantêm com o tempo. Participaram 43 pais que moravam em áreas de altas taxas de dificuldades socioeconômicas na Inglaterra e um filho de cada participante. Dentre as

crianças, 30 eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com idade média de 33 meses (entre 24 e 56). As autoras organizaram um programa com oito sessões grupais, a partir de uma intervenção elaborada originalmente para pais de crianças com problemas externalizantes, sem realizarem quaisquer adaptações para casos de crianças com problemas internalizantes.

Os resultados indicaram redução dos escores de problemas internalizantes e externalizantes, sem mudanças significativas dos sintomas nos seis meses posteriores. A melhora dos sintomas internalizantes e externalizantes se deu de maneira similar nos diferentes momentos de avaliação. Como sugestão, as autoras indicam que estudos futuros sobre o tratamento de problemas internalizantes em pré-escolares devem considerar o treinamento de pais como uma intervenção promissora.

Bauermeister et al. (2006) realizaram um estudo no Egito, Líbano, Israel e Brasil com o objetivo de descrever o processo utilizado para elaborar manuais de tratamento para problemas externalizantes e internalizantes de crianças e adolescentes. Esses manuais foram elaborados a partir de tratamentos baseados em evidências e também de maneira que profissionais de atenção à saúde e outros profissionais da área de saúde mental da criança pudessem implementar a intervenção. A organização dos manuais obedeceu à seguinte divisão: contextualização geral, descrição do propósito do manual e para quem é destinado; material necessário para os profissionais que usarem o manual; e o conteúdo das sessões de treinamento de pais, treinamento de crianças ou terapia cognitivo-comportamental realizados por profissionais treinados, de maneira individual ou em grupo.

No que concerne ao manual para problemas internalizantes, são previstas sessões de terapia cognitivo-comportamental para crianças e psicoeducação com pais e crianças. O conteúdo das sessões de psicoeducação envolve revisão de problemas de ansiedade e depressão em crianças, técnicas básicas de parentalidade positiva, introdução a estratégias de enfrentamento para crianças, reconhecimento e descrição de emoções. Por fim, os autores informam que a avaliação e o retorno dos locais que utilizaram os manuais indicam que eles podem ser implementados no tratamento de crianças com problemas internalizantes e externalizantes.

Dentro do contexto brasileiro, Coelho e Murta (2007) realizaram um programa de intervenção em grupo com o objetivo de avaliar os efeitos do treinamento sobre as práticas educativas parentais positivas, habilidades sociais educativas e estratégias de enfrentamento de estressores externos, com pais de crianças com diferentes queixas. Esse programa foi realizado em paralelo a outro voltado para o treinamento de habilidades sociais com as

crianças, a partir da terapia cognitivo-comportamental. Os participantes foram cinco mães, dois pais e sete crianças. Os pais passaram por 20 sessões, divididas em quatro fases. Em geral, as sessões abordaram princípios da Análise do Comportamento, práticas parentais, habilidades sociais educativas, enfrentamento de estressores externos, responsividade na interação entre pais e filho e convívio social e conjugal.

Os resultados mostraram redução na frequência de práticas parentais como punição física, negligência e humor instável e aumento na frequência de práticas parentais como uso de regras coerentes e possíveis de se executar, monitoria positiva e oferecimento de modelo moral. Houve também desenvolvimento de estratégias saudáveis de enfrentamento de estressores externos, além de os pais avaliarem positivamente mudanças nos comportamentos dos filhos. Quanto às crianças, os escores do CBCL, para as escalas de problemas internalizantes e problemas externalizantes, tornaram-se ou se mantiveram na categoria não-clínica. A maneira como o método foi elaborado, dificulta a identificação do impacto de cada modalidade de intervenção sobre o desenvolvimento da competência social das crianças, entretanto, nos relatos dos sintomas das crianças, foram encontradas duas crianças com perfis similares aos de problemas internalizantes. Desse modo, é possível que o programa tenha sido eficaz na redução de sintomas internalizantes devido às mudanças observadas nas práticas parentais ou devido ao do desenvolvimento de habilidades sociais com as crianças.

Esses estudos demonstram, em conjunto, a relevância e a eficácia da orientação psicológica e do treinamento de pais direcionado às práticas educativas, na redução de escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes, em crianças e adolescentes. Contudo, não foram encontrados, no contexto brasileiro, programas de intervenção especificamente voltados para as práticas educativas de pais de crianças com problemas internalizantes. Isso indica que existe uma lacuna na produção científica nacional no que tange ao suporte direcionado a esses pais e às possibilidades e limitações do modelo de orientação na nossa cultura.

### **Justificativa e Objetivos**

Percebe-se, na literatura nacional e internacional, maior ênfase na produção científica sobre os problemas externalizantes, em contraste com os internalizantes. Na literatura nacional, Macarini et al. (2010) relataram que, quanto aos temas de investigação relacionados às práticas parentais, quase metade dos artigos encontrados teve como objetivo, caracterizar as práticas educativas parentais de uma amostra, sem, no entanto, relacioná-las com outros



aspectos da vida familiar, como por exemplo, os problemas de comportamento. Os artigos que relacionaram as práticas educativas parentais e o desenvolvimento socioemocional da criança somaram um percentual próximo a 8%. Desse modo, este estudo consiste em uma proposta destinada, em parte, ao preenchimento de uma lacuna verificada na literatura brasileira, que pretende explorar a possibilidade de prevenir e tratar esses problemas desde uma perspectiva que privilegia a interação familiar e as práticas educativas parentais.

Pesquisas direcionadas aos problemas internalizantes no contexto brasileiro são necessárias considerando a alta prevalência de problemas internalizantes no Brasil, que varia entre 3,6 e 7,6% (Anselmi et al., 2010; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Goodman et al., 2005), e levando em conta que suas trajetórias de desenvolvimento podem envolver agravamento de sintomas (Sterba et al., 2007; Toumbourou et al., 2011). Soma-se a isso, o fato de o desenvolvimento de problemas internalizantes na infância e na adolescência pode favorecer, a curto, médio ou longo prazo, a ocorrência de rejeição ou vitimização por pares, de déficit no desempenho acadêmico e de transtornos depressivos ou ansiosos (Flook et al., 2005; Hodges & Perry, 1999; Liu et al., 2012; Reijntjes et al., 2010; Toumbourou et al., 2011).

Pesquisas sobre intervenção contribuem de forma efetiva para a identificação de estratégias de redução dos problemas internalizantes na infância, prevenindo a ocorrência dos prejuízos associados a sua estabilidade. As intervenções com pais têm destaque especial ao se considerar a premissa de que os problemas de comportamento das crianças podem surgir e ser mantidos em decorrência dos déficits de habilidades sociais dos pais e mães para manejar os comportamentos de seus filhos (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante, & Del Prette, 2006). Dessa maneira, qualquer modificação efetiva e duradoura dos comportamentos da criança demandaria uma mudança nas práticas educativas parentais.

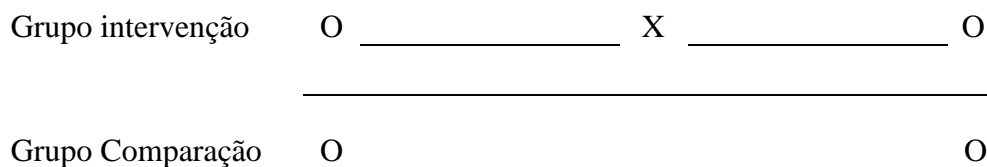
Além disso, este estudo também encontra relevância por se tratar de uma proposta de intervenção grupal para pais de crianças com problemas internalizantes, de modo a alcançar um maior contingente de famílias e com a possibilidade de adaptação para contextos não-clínicos, como escolas, postos de saúde e outros espaços frequentados pelas famílias. Assim, espera-se que esta pesquisa possa auxiliar na formulação de políticas públicas de assistência à família, que se destinam a promover o desenvolvimento social pleno da criança. Tal colaboração também permite o aprofundamento da compreensão sobre as potenciais diferenças culturais, em uma comunidade brasileira, relacionadas aos problemas internalizantes e às estratégias de tratamento que envolvem os pais (Fung, 1999; Nelson et al., 2006; Rubin, Burgess, & Coplan, 2002).

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção grupal, direcionada às práticas educativas parentais, sobre os problemas internalizantes na infância por meio de um delineamento quase-experimental com grupos não-equivalentes. A hipótese principal foi a de que os escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes no pós-teste seriam inferiores quando comparados aos escores de problemas internalizantes no pré-teste. Além disso, esperava-se que os escores de problemas internalizantes fossem mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste. Outra hipótese foi a de que os escores das síndromes internalizantes também fossem mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste.

## Método

### Delineamento

Este é um estudo de delineamento quase-experimental com grupo-controle não equivalente com pré e pós-teste. Foram formados dois grupos de participantes, o grupo intervenção e o grupo comparação (ou grupo-controle não equivalente). O grupo intervenção participou de uma intervenção grupal, enquanto o grupo comparação não recebeu qualquer tipo de tratamento. Ambos os grupos foram avaliados quanto aos problemas internalizantes das crianças nas fases de pré-teste (aproximadamente dois meses antes do início da intervenção) e pós-teste (aproximadamente 40 dias após o término da intervenção).



*Figura 1.* Diagrama representando o delineamento quase-experimental.

*Legenda:* O – medida / X – intervenção / linha horizontal entre grupos representa não aleatoriedade na distribuição.

Esse tipo de delineamento tem como objetivo testar o impacto de uma intervenção, controlando a influência de outras variáveis, através da utilização de grupos intervenção e comparação. No entanto, esse delineamento é implantado enquanto uma alternativa aos delineamentos experimentais quando a designação aleatória dos participantes a cada condição experimental não é possível por motivos éticos ou práticos (Creswell, 2010). Visando a ampliar os dados de análise da intervenção, foram conduzidas análises individuais dos participantes em seus respectivos grupos e das duplas emparelhadas de casos dos grupos intervenção e comparação.

### Contexto e Participantes

Participaram do estudo 13 mães e um pai de 14 crianças entre três e seis anos. Os participantes compunham uma amostra de 104 famílias provenientes de três escolas particulares de Salvador, inicialmente recrutadas para o estudo de Lins (2013), realizado em colaboração com a presente pesquisa. Dessas famílias, uma foi recrutada exclusivamente para compor a amostra deste estudo.

O grupo intervenção foi composto por um pai e seis mães com idades entre 29 e 45 anos [M=35,71 (DP=6,37)] e 11 anos de escolaridade em média [M=11,14 (DP=0,90)]. A

média de idade do filho que motivou a participação na pesquisa foi de quatro anos [M=4,29 (DP=0,48)]. Quatro das crianças eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Esses pais e crianças conviviam em residências com três moradores em média [M=3,14 (DP=0,69)], tendo, no máximo, mais um filho. Apenas um dos participantes não convivia com o outro genitor da criança. O perfil do genitor não participante foi o seguinte: idade média de 36 anos [M=36,86 (DP=8,11)], 11 anos de escolaridade em média [M=11,57 (DP=1,51)] e exercício de atividade remunerada. Dos participantes do grupo intervenção, apenas três exerciam atividade remunerada, com todas as famílias tendo uma renda mensal de até quatro salários mínimos.

O grupo comparação, por sua vez, foi composto por sete mães com idades entre 22 e 34 anos [M=29,43 (DP=4,39)], com nove anos de escolaridade em média [M=9,29 (DP=2,50)]. Os filhos que motivaram a participação na pesquisa foram quatro crianças do sexo masculino e três do sexo feminino, com média de idade de quatro anos [M=4,29 (DP=0,95)]. Esses pais e crianças conviviam em residências ocupadas por três a sete moradores [M=4,57 (DP=1,51)], tendo também, no máximo, mais um filho, de forma que os outros moradores eram avós e outros parentes. Dessas famílias, três não eram compostas pelo outro genitor da criança. O perfil do genitor não participante foi o seguinte: média de idade de 33 anos [M=32,86 (DP=5,70)], 10 anos de escolaridade em média [M=10,43 (DP=3,36)] e exercício de atividade remunerada. Dos pais participantes, cinco exerciam atividade remunerada. Quanto à renda familiar, somente duas famílias possuíam renda mensal superior a quatro salários mínimos.

Tabela 1.

*Dados Sociodemográficos das Famílias dos Grupos Intervenção e Comparação*

Variáveis		N	Grupo	
			Intervenção	Comparação
Atividade remunerada do participante				
	Possui	8	3 (43%)	5 (71%)
	Não possui	6	4 (57%)	2 (29%)
			<i>p</i> = 0,59	
Ambos os pais morando com a criança				
	Sim	10	6 (88%)	4 (57%)
	Não	4	1 (12%)	3 (43%)
			<i>p</i> = 0,56	
Sexo da criança				
	Feminino	8	4 (57%)	4 (57%)
	Masculino	6	3 (43%)	3 (43%)

		$p = 1,00$	
Renda familiar em salários mínimos			
Até quatro	12	7 (100%)	5 (71%)
Acima de quatro	2	0	2 (29%)
		$p = 0,46$	
Idade do genitor participante (anos)		M=35,71 (DP=6,37)	M=29,43 (DP=4,39)
		$U = 38,00 / p = 0,06$	
Escolaridade do genitor participante (anos)		M=11,14 (DP=0,90)	M=9,29 (DP=2,50)
		$U = 39,00 / p = 0,06$	
Idade do outro genitor (anos)		M=36,86 (DP=8,11)	M=32,86 (DP=5,70)
		$U = 46,00 / p = 0,40$	
Escolaridade do outro genitor (anos)		M=11,57 (DP=1,51)	M=10,43 (DP=3,36)
		$U = 47,00 / p = 0,38$	
Moradores na residência		M=3,14 (DP=0,69)	M=4,57 (DP=1,51)
		$U = 38,00 / p = 0,051$	
Idade da criança (anos)		M=4,29 (DP=0,48)	M=4,29 (DP=0,95)
		$U = 50,50 / p = 0,78$	
Número de irmãos		M=0,43 (DP=0,54)	M=0,43 (DP=0,54)
		$U = 52,50 / p = 1,00$	

Conforme a Tabela 1, ao comparar esses grupos quanto às variáveis sociodemográficas, através do Teste de Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto às seguintes variáveis sociodemográficas: exercício de atividade remunerada do genitor participante ( $p=0,59$ ), presença de ambos os pais no domicílio em que a criança reside ( $p=0,56$ ), sexo da criança ( $p=1,00$ ), idades do genitor participante ( $p=0,06$ ), do outro genitor ( $p=0,40$ ) e da criança ( $p=0,78$ ), escolaridades do participante ( $p=0,06$ ) e do outro genitor ( $p=0,38$ ) e número de irmãos ( $p=1,00$ ), renda familiar em duas faixas de salários mínimos – até quatro e acima de quatro – ( $p = 0,46$ ). Como os dados das variáveis categóricas apresentam mais de 25% das células com frequências esperadas inferiores a cinco, foram utilizados os valores da Prova Exata de Fisher (Dancey, & Reidy, 2006). Foi encontrada diferença significativa ( $p = 0,051$ ) somente quanto ao número de moradores, com as famílias do grupo comparação concentrando as maiores quantidades de moradores por residência [M=4,57 (DP=1,51)].

## Procedimentos

Inicialmente, foram contatadas, para a divulgação do projeto de pesquisa de Lins (2013) e do presente projeto, escolas particulares situadas em bairros próximos à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde funciona o Programa de Pós-graduação em Psicologia. Aquelas que manifestaram interesse em acolher o projeto, assinaram um termo de compromisso (Anexo A) garantindo o espaço apropriado para a realização do programa de intervenção em suas dependências, durante o período proposto. Após a anuência da direção da escola, todos os pais e mães das crianças entre três e cinco anos de idade, receberam, através dos diários dos filhos, um convite para a participação no pré-teste e orientações sobre como participar (Anexo B). Além disso, foram afixados cartazes informativos sobre os dois projetos de pesquisa nos murais das escolas (Anexo C).

Os pais e mães interessados em participar devolveram os convites preenchidos com telefones de contato e, posteriormente, os pesquisadores marcaram as entrevistas de pré-teste. Os responsáveis pela marcação e realização das entrevistas foram o autor do presente estudo, uma mestranda do PPGPSI/UFBA (autora do projeto de pesquisa realizado em colaboração com o presente projeto) e uma bolsista de Iniciação Científica. Na entrevista, que ocorreram nas dependências das escolas, os participantes eram orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (Anexo D). Esse documento descrevia a primeira parte do estudo, informando os objetivos, procedimentos e instrumentos somente do pré-teste. As entrevistas eram iniciadas somente quando os participantes concordassem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após assinar o Termo, os participantes responderam individualmente à Ficha de Dados Sociodemográficos (Anexo E) e ao CBCL. Esses instrumentos foram aplicados sob o formato de entrevista. Durante essa entrevista, o pesquisador apresentava os itens e os participantes, com o auxílio de cartões de resposta, indicavam a alternativa escolhida.

O convite para o programa de intervenção – Grupo de Práticas Parentais (GPP) – foi realizado através de uma reunião de esclarecimentos para a nova etapa do projeto de pesquisa, focalizando o programa a ser oferecido e os procedimentos do pós-teste, na qual foi entregue um folheto explicativo sobre a intervenção (Anexo F). O GPP foi oferecido e implementado em três escolas pelo autor desta pesquisa. Em cada escola, o programa tinha 10 vagas e, se o número de interessados fosse maior do que o número de vagas, seriam selecionados os 10 pais e/ou mães cujos filhos ou filhas apresentassem os maiores escores de problemas internalizantes no CBCL/1½-5. Os pais e mães que não puderam comparecer à reunião foram

convidados e orientados através de contato telefônico. As famílias que aceitaram a proposta escolheram um dos genitores para participar do GPP. O primeiro grupo foi ofertado inicialmente para pais de crianças com escores limítrofes ou clínicos de problemas internalizantes. Como a adesão ao primeiro grupo foi baixa, o critério de inclusão foi ampliado para os dois outros grupos. Para fomentar a participação nos grupos, o novo critério para a participação na intervenção foi ter respondido ao pré-teste e ter interesse declarado em frequentar o GPP. O convite foi feito para 64 famílias, das quais 14 se interessaram e participaram das primeiras sessões e apenas nove permaneceram. Contudo, para a análise dos grupos, só foram selecionados os pais de filhos com escores limítrofes ou clínicos em problemas internalizantes. Os escores das síndromes não constituíram critério de inclusão para o acesso ao GPP ou para integrar os casos analisados.

Dessa forma, os três grupos formados iniciaram, em conjunto, com um total de 10 participantes com escores limítrofes ou clínicos de problemas internalizantes. O primeiro grupo com três participantes, o segundo com três participantes e o terceiro grupo com quatro participantes. No entanto, houve uma taxa de abandono de 30% dos participantes até o final as sessões. Essa taxa não interfere na equivalência entre os grupos intervenção e comparação, pois o grupo comparação foi composto após o término da intervenção.

A intervenção em uma das escolas (das participantes 1 e 3) teve um total de 12 encontros e nas outras duas a quantidade de sessões foi reduzida para obedecer aos calendários das escolas. Os grupos aconteceram em um intervalo de dois a três meses, a depender dos feriados e das datas em que as escolas estavam fechadas. No primeiro encontro de cada GPP, os participantes foram orientados sobre a nova etapa do estudo, sobre a manutenção de seus direitos apresentados no pré-teste e sobre os procedimentos de pós-teste. Assim, os que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 (Anexo H) e o Termo de Compromisso (Anexo I).

Os pais e mães do grupo comparação foram participantes da primeira fase de coleta que não acompanharam o GPP, em decorrência de indisponibilidade de horários ou por falta de interesse nas atividades do grupo. Além de não participarem do GPP, no intervalo entre o pré e o pós-teste, os integrantes do grupo comparação não passaram por qualquer outro tratamento. Para a composição desse grupo, procurou-se emparelhar os participantes submetidos ao GPP e os que não passaram por tratamento de acordo com as seguintes variáveis avaliadas no pré-teste: sexo, idade e escore de problemas internalizantes da criança. Como o emparelhamento ocorreu a partir de uma amostra restrita, não foi possível uma equiparação total entre as variáveis, como pode ser observado na Tabela 2. Em relação à

variável sexo, foi obtido um emparelhamento perfeito entre os grupos. Quanto às variáveis idade e escores de problemas internalizantes, no entanto, os valores não apresentaram total equivalência. No que tange à idade, em três casos essa variável superou um ano de diferença. Já em relação aos escores de problemas internalizantes, em dois casos, escores limítrofes foram emparelhados com escores clínicos.

Tabela 2.

*Emparelhamento caso-a-caso entre o Grupo Intervenção e o Comparação de Acordo com as Variáveis Sexo, Idade e Escores em Problemas Internalizantes das Crianças*

		Sexo	Idade em anos	Escores de problemas internalizantes
Dupla 1 (casos 1 e 2)	Intervenção	Masculino	5	65
	Comparação	Masculino	5	65
Dupla 2 (casos 3 e 4)	Intervenção	Feminino	6	60
	Comparação	Feminino	5	60
Dupla 3 (casos 5 e 6)	Intervenção	Feminino	4	65
	Comparação	Feminino	3	65
Dupla 4 (casos 7 e 8)	Intervenção	Feminino	5	69
	Comparação	Feminino	4	65
Dupla 5 (casos 9 e 10)	Intervenção	Feminino	5	63
	Comparação	Feminino	5	64
Dupla 6 (casos 11 e 12)	Intervenção	Masculino	4	65
	Comparação	Masculino	4	63
Dupla 7 (casos 13 e 14)	Intervenção	Masculino	4	64
	Comparação	Masculino	3	61

Um mês após a última sessão do programa para o grupo intervenção, os instrumentos aplicados no pré-teste, Ficha de Dados Sócio-demográficos e CBCL – 1½-5 anos ou CBCL/6-18 anos – foram aplicados novamente tanto no grupo intervenção, como no grupo comparação por uma bolsista de Iniciação Científica e uma mestrande do PPGPSI/UFBA. Os procedimentos de pós-teste tiveram como objetivo avaliar mudanças dos escores de problemas internalizantes para avaliar os efeitos do programa sobre os escores de problemas internalizantes das crianças. Os integrantes do grupo comparação assinaram, nesse momento, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), referente aos procedimentos do pós-teste.



Para comunicar os resultados, todos os pais das escolas onde foram realizadas as entrevistas foram convidados para uma palestra ministrada pelo autor do presente estudo e pela autora do projeto de pesquisa realizado em colaboração com o presente projeto. A palestra abordou características dos problemas internalizantes, práticas educativas parentais não facilitadoras do desenvolvimento social e as práticas facilitadoras do desenvolvimento social infantil.

### **O Programa de Intervenção: Grupo de Práticas Parentais (GPP)**

Este programa de intervenção foi elaborado especificamente para o presente estudo, com base nas propostas de treinamento ou orientação a pais de Bolsoni-Silva, Carrara e Marturano (2008) e Coelho e Murta (2007) e em diferentes estudos que investigam as relações entre problemas internalizantes e as práticas educativas parentais (Achenbach & Rescorla, 2000; Alvarenga et al., 2009; Barber & Harmon, 2002; Barber, 1996; Bauermeister et al., 2006; Baumrind, 1966; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Booth-LaForce & Oxford, 2008; Cartwright-Hatton et al., 2005; Compton et al., 2002; El-Sheikh et al., 2010; Galambos et al., 2003; Hane et al., 2008; Hoffman, 1975, 1994; Javo et al., 2004; Mills & Rubin, 1998; Nelson et al., 2006; Pinheiro et al., 2006; Rubin et al., 2002; Rubin, Root, & Bowker, 2010)

O objetivo do programa é reduzir os escores de problemas internalizantes das crianças em direção a valores não-clínicos. O foco principal da intervenção foi a interação dos pais com a criança, com destaque para as práticas educativas parentais. Mais especificamente, considerando a literatura sobre as relações entre as práticas educativas parentais e os problemas internalizantes, o programa buscou promover práticas facilitadoras do desenvolvimento social infantil e desencorajar o uso de práticas intrusivas e coercitivas. Além das práticas educativas parentais, a intervenção também contemplou outros aspectos relevantes relacionados ao desenvolvimento dos problemas internalizantes como habilidades sociais dos pais e princípios básicos do comportamento.

O programa se desenvolveu em duas fases, com um total de oito sessões grupais com frequência semanal, tendo, cada sessão, a duração de duas horas com intervalos de 10 minutos. A primeira sessão foi destinada à apresentação dos participantes e estabelecimento do contrato. A apresentação foi realizada a partir de dinâmicas de grupo que viabilizaram a expressão de cada participante e a explicação inicial do seu motivo de participar do grupo, falando brevemente sobre seu filho ou sua filha. A partir do segundo encontro, todas as sessões foram divididas em duas partes. A primeira parte foi destinada à discussão da tarefa

de casa. A tarefa de casa consiste em uma atividade de observação e registro ou exercício das habilidades trabalhadas no programa, que eram realizados em casa com a criança. A segunda parte de cada sessão abordou um tema específico relacionado às práticas educativas parentais e ao desenvolvimento socioemocional infantil. Durante as sessões, foram utilizadas as seguintes estratégias para facilitar a discussão e a compreensão dos temas: observação e registro de comportamento, análise de contingências, ensaio comportamental, oferecimento de modelos, dinâmicas de grupo e tarefas de casa.

Em cada sessão do programa, um tema específico foi abordado. Além disso, o programa estava dividido em duas fases. Na Fase 1, focalizada em habilidades sociais e princípios do comportamento, os temas das sessões foram os seguintes: empatia, expressão de sentimentos, críticas e pedidos desculpas; conversas e opiniões; bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças e suas consequências. Na Fase 2, que abordou práticas educativas parentais, as sessões tiveram como temas: práticas educativas parentais intrusivas; práticas educativas parentais indutivas; controle assertivo e consistência das práticas educativas parentais; monitoramento, responsividade e flexibilidade parentais na relação com filhos; e incentivo à resolução de problemas e à autonomia. A Tabela 3 apresenta, de forma resumida, os temas trabalhados em cada sessão nas duas fases do programa.

Tabela 3.

*Distribuição dos temas por fase e por sessão*

	<b>Sessões</b>	<b>Temas</b>
Fase 1 - Habilidades sociais e princípios básicos do comportamento	01.	Apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes
	02.	Comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas
	03.	Comunicação: conversas e opiniões
	04.	Bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças e suas consequências: a importância do reforço positivo
Fase 2 – Práticas educativas parentais	05.	Práticas educativas parentais intrusivas
	06.	Práticas educativas parentais indutivas, controle assertivo e consistência das práticas
	07.	Monitoramento do comportamento da criança, responsividade e flexibilidade parentais na relação com filhos
	08.	Incentivo à resolução de problemas e à autonomia da criança

Cada sessão possui um planejamento específico, envolvendo uma breve descrição de

sua temática, seus objetivos, procedimento, materiais e a tarefa de casa. A seguir, o planejamento de cada sessão é descrito detalhadamente. Para maiores detalhes, todos os procedimentos da intervenção foram descritos no Anexo I.

### **Fase 1: Habilidades sociais e princípios básicos do comportamento.**

A Fase 1 abordou habilidades sociais importantes para a relação dos pais com seus filhos e os princípios básicos da Análise do Comportamento. O objetivo da Fase 1 foi desenvolver nos pais algumas habilidades sociais essenciais que possibilitariam o exercício de práticas educativas parentais promotoras da competência social nas crianças, trabalhadas na Fase 2. As sessões foram distribuídas da seguinte maneira: 1) apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes; 2) comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas; 3) comunicação: conversas e opiniões; e 4) bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças e suas consequências: a importância do reforço positivo.

### **Fase 2: Práticas educativas parentais.**

A Fase 2 teve foco específico sobre as práticas educativas parentais. Foram discutidas tanto as práticas facilitadoras do desenvolvimento social infantil, quanto as práticas não-facilitadoras. Quanto às práticas não-facilitadoras, receberam destaque aquelas que têm relação com o desenvolvimento de problemas internalizantes. No entanto, o objetivo central dessa fase foi treinar a utilização de práticas parentais facilitadoras do desenvolvimento social, enquanto alternativas às práticas não-facilitadoras. As sessões distribuíram-se da seguinte maneira: 5) práticas educativas parentais intrusivas; 6) práticas educativas parentais indutivas, controle assertivo e consistência das práticas educativas parentais; 7) monitoramento do comportamento da criança, responsividade e flexibilidade parentais na relação com filhos e 8) incentivo à resolução de problemas e autonomia da criança.

## **Instrumentos**

### **Ficha de dados sociodemográficos (Anexo E).**

Elaborada para o levantamento dos dados sociodemográficos dos pais e da criança, como idade, sexo, escolaridade, atividade laboral, problemas de saúde, contatos prévios com psicólogo, utilização de medicação psiquiátrica e renda familiar.

### **Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL/1½-5 anos**

– **Achenbach & Rescorla, 2000**).

É um inventário que avalia problemas de comportamento infantil, oferecendo avaliações padronizadas de aspectos comportamentais, emocionais e de funcionamento social. Esse instrumento pode ser respondido pelos pais ou outros cuidadores. É composto por 99 itens sobre o comportamento da criança, além de um item de resposta livre que deve conter problemas adicionais que não foram listados anteriormente. Os itens devem ser respondidos, em uma escala de três pontos numerada de zero a dois, respectivamente, não verdadeira (zero), um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira (um) e muito verdadeira ou frequentemente verdadeira (dois). Os respondentes devem preencher de acordo com a concordância com cada item, baseados nos dois meses anteriores. Após a análise das respostas, os escores podem ser divididos em *não-clínico* (zero a 64), *limítrofe* (65 a 69) e *clínico* (a partir de 70) para as síndromes, e em *não-clínico* (zero a 59), *limítrofe* (60 a 63) e *clínico* (a partir de 64) para as escalas. A versão brasileira do CBCL/1 ½-5 foi traduzida por Silveiras, Rocha e Linhares (2010). O inventário é composto por sete síndromes: reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, retraimento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo. Os dados também podem ser organizados em dois agrupamentos de síndromes, os problemas internalizantes e os externalizantes. As síndromes que compõem os problemas internalizantes são reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas e retraimento social. As síndromes que compõem os problemas externalizantes são problemas de atenção e comportamento agressivo. A síndrome de problemas de sono não é incluída em qualquer dos dois agrupamentos. O CBCL/1½-5 oferece, além de escores de problemas internalizantes e problemas externalizantes, o escore total de problemas de comportamento. O inventário conta ainda com escalas consistentes com critérios diagnósticos do DSM-IV, para auxiliar profissionais e pesquisadores da área de saúde mental. As escalas consistentes com o DSM-IV são problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas globais do desenvolvimento, problemas de déficit de atenção/hiperatividade e problemas opositores desafiantes. Foram utilizados, nessa pesquisa, os escores dos problemas internalizantes e de suas síndromes componentes. O ponto de corte para inclusão nos grupos de intervenção e comparação foi o mínimo de 60 no escore de problemas internalizantes. São exemplos de itens de problemas internalizantes: comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade; não suporta ter as coisas fora do lugar; fica magoado(a) facilmente; fica perturbado com qualquer mudança na rotina; não responde quando pessoas falam com ele(a); é muito preocupado(a) com organização ou limpeza; é infeliz, triste ou deprimido; é preocupado.

**Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18 anos – Achenbach & Rescorla, 2001).**

É a versão do CBCL para escolares, na faixa etária entre seis e 18 anos. Essa versão pode ser respondida pelos pais biológicos, adotivos, padrastos ou outros cuidadores. Possui 113 itens sobre o comportamento da criança ou do adolescente, sendo um deles de resposta livre para problemas que não foram listados nos outros anteriores. Os itens devem ser respondidos em uma escala de três pontos da mesma forma que o CBCL/1 ½-5. Os respondentes devem preencher de acordo com a adequação de cada item, baseados nos seis meses anteriores até o presente momento. Os escores das síndromes e das escolas são divididos também da mesma forma que o CBCL/1 ½-5. A versão brasileira do CBCL/6-18 foi traduzida por Bordin, Silveira, Rocha, Teixeira e Paula (2010). Esse inventário é composto por oito síndromes, sendo elas, ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento transgressor e comportamento agressivo. As síndromes que compõem os problemas internalizantes são ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas. As síndromes que compõem os problemas externalizantes são comportamento transgressor e comportamento agressivo. As síndromes restantes não são incluídas em qualquer um dos dois agrupamentos. Dos itens que medem problemas internalizantes, alguns são compartilhados com a versão de pré-escolares, como: é infeliz, triste ou deprimido(a); isola-se, não se relaciona com os outros; é muito preocupado(a). Outros são próprios à versão para escolares, tais como: fala que vai se matar; tem medo da escola; é reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém; poucas coisas lhe dão prazer; tem tonturas. As escalas consistentes com critérios diagnósticos do DSM-IV dessa versão são problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas globais do desenvolvimento, problemas de déficit de atenção/hiperatividade e problemas opositores desafiantes. As respostas de cada participante tanto para o CBCL/6-18 anos, quanto para o CBCL/1½-5 anos, foram inseridas no software Assessment Data Manager (ADM) para produção dos perfis individuais e seus respectivos escores de problemas internalizantes e das síndromes ansiedade/depressão, queixas somáticas, retraimento ou retraimento/depressão. As seguintes síndromes das duas versões componentes de problemas de internalizantes são equivalentes: as síndromes denominadas ansiedade/depressão nas duas versões; as síndromes denominadas queixas somáticas e as síndromes retraimento e retraimento/depressão. Dessa maneira, é possível comparar os escores dessas síndromes entre versões diferentes (Achenbach & Rescorla, 2001).

## **Processamento e análise de dados**

Para verificar o efeito do programa da intervenção grupal, sobre os escores de problemas internalizantes e suas respectivas síndromes foi utilizado o Teste de Mann-Whitney para comparar os escores do grupo comparação e do grupo intervenção no pós-teste. O teste Wilcoxon foi utilizado para comparar os escores de problemas internalizantes e de suas síndromes do grupo intervenção no pré e no pós-teste.

## **Considerações Éticas**

A pesquisa conta com dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido produzidos de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996), que versa sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os moldes dos termos e da pesquisa também seguiram as orientações da resolução nº 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. O primeiro termo é referente ao estágio de coleta de dados do pré-teste e o segundo referente aos participantes do GPP. Nesses Termos, serão apresentados todos os itens referentes ao esclarecimento da natureza de cada pesquisa, seus procedimentos, assim como o sigilo e a liberdade do participante de retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem quaisquer ônus para si. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) conforme parecer nº 008-12/CEP-ISC. A fim de evitar que uma família participasse da pesquisa sem usufruir dos seus possíveis benefícios, optou-se pela formação do grupo comparação após o oferecimento da intervenção a todos os participantes do pré-teste e o término da intervenção.

## Resultados

Os resultados serão apresentados em quatro seções. A primeira seção apresenta a frequência ao programa entre os participantes do grupo intervenção, identificando os encontros que os participantes que se ausentaram não puderam acompanhar. A segunda seção relata as mudanças nos escores de problemas internalizantes dos participantes dos grupos intervenção e comparação do pré-teste para o pós-teste. A terceira seção dos resultados discorre sobre as diferenças entre os grupos intervenção e comparação no pós-teste. A última seção explora as trajetórias dos grupos intervenção e comparação nas síndromes que compõem os problemas internalizantes do pré para o pós-teste.

### Frequência ao programa entre os participantes do grupo intervenção

A frequência dos participantes do grupo intervenção ao programa variou entre 75 e 100%. Quatro participantes compareceram a todas as sessões (1, 5, 9, 11), dois casos se ausentaram em uma sessão (3, 7) e um caso se ausentou em duas sessões (13). Os participantes que se ausentaram na primeira sessão tiveram o contrato apresentado novamente e assinaram os respectivos termos de consentimento livre e esclarecido e de compromisso. A Tabela 4 apresenta em detalhe as sessões em que houve ausência de participantes.

Tabela 4.

#### *Participantes ausentes e sessões não acompanhadas*

Casos	Sessões não acompanhadas	Temática das sessões não acompanhadas
3	4 <sup>a</sup> sessão	Expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas
7	1 <sup>a</sup> sessão	Apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes
13	1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> sessões	Apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes; Comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas

### Mudanças nos problemas internalizantes nos grupos intervenção e comparação do pré-teste para o pós-teste

Para avaliar as diferenças dos escores de problemas internalizantes e de suas síndromes do grupo intervenção no pré e no pós-teste, o teste Wilcoxon foi utilizado. A Tabela 5 apresenta as médias, os desvios-padrão e as medianas dos escores de problemas internalizantes e as síndromes internalizantes no pré e no pós-teste do grupo intervenção. Considerando os escores no pré e no pós-teste do grupo intervenção, não foram identificadas diferenças significativas para a escala de problemas internalizantes ( $p=0,22$ ) e para as síndromes reatividade emocional ( $p=0,50$ ), ansiedade/depressão ( $p=0,53$ ) e retraimento ( $p=0,56$ ). Entretanto, a síndrome queixas somáticas apresentou diferença significativa entre o pré e o pós-teste ( $p<0,01$ ), com menores escores no pós-teste. No pré-teste, os escores de queixas somáticas tiveram uma média de 65,14 (DP= 5,37; Md=65,00) com redução para média de 59,86 (DP= 7,36; Md= 58,00) no pós-teste.

Tabela 5.

*Teste de Wilcoxon com os Valores Pré e Pós-teste do Grupo Intervenção para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes*

	Pré-teste M (DP)	Pré-teste (Md)	Pós-teste M (DP)	Pós-teste (Md)	z	p
Problemas internalizantes	64,43 (2,70)	65,00	61,71 (7,61)	62,00	-0,94	0,22
Reatividade emocional	59,57 (5,94)	62,00	59,20 (6,87)	59,00	-0,18	0,50
Ansiedade/depressão	62,57 (3,91)	63,00	63,43 (8,28)	63,00	0,00	0,53
Queixas somáticas	65,14 (5,37)	65,00	59,86 (7,36)	58,00	-2,37	<0,01
Retraimento	59,00 (5,51)	56,00	59,00 (7,79)	56,00	0,00	0,56

Como pode ser observado na Tabela 6, para o grupo comparação, não foram identificadas diferenças significativas tanto para a escala de problemas internalizantes ( $p=0,09$ ) quanto para as síndromes reatividade emocional ( $p=0,19$ ), ansiedade/depressão ( $p=0,12$ ), queixas somáticas ( $p=0,20$ ) e retraimento ( $p=0,16$ ).



Tabela 6.

*Teste de Wilcoxon com os Valores Pré e Pós-teste do Grupo Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes*

	Pré-teste M (DP)	Pré-teste (Md)	Pós-teste M (DP)	Pós-teste (Md)	<i>z</i>	<i>p</i>
Problemas internalizantes	63,29 (2,06)	64,00	59,43 (5,35)	60,00	-1,53	0,09
Reatividade emocional	59,86 (4,71)	62,00	58,14 (6,79)	62,00	-0,95	0,19
Ansiedade/depressão	61,71 (2,75)	63,00	59,00 (5,48)	59,00	-1,60	0,12
Queixas somáticas	63,00 (7,39)	65,00	59,43 (3,91)	58,00	-0,93	0,20
Retraimento	58,00 (3,42)	56,00	55,71 (6,23)	51,00	-1,02	0,16

### Diferenças entre os grupos intervenção e comparação no pós-teste

Inicialmente os escores dos grupos intervenção e comparação no pré-teste foram examinados com o teste Mann-Whitney para verificar eventuais diferenças nos escores de problemas internalizantes e suas síndromes. A Tabela 7 apresenta médias, medianas e desvios-padrão dos escores da escala de problemas internalizantes do grupo intervenção e do grupo comparação e os valores de *U* e *p* para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores do pós-teste entre os grupos intervenção e comparação, conforme a Tabela 7, revela ausência de diferenças significativas entre os grupos, tanto na escala de problemas internalizantes ( $p=0,54$ ), quanto em suas síndromes componentes, reatividade emocional ( $p=1,00$ ), ansiedade/depressão ( $p=0,80$ ), queixas somáticas ( $p=0,80$ ) e retraimento ( $p=0,90$ ).

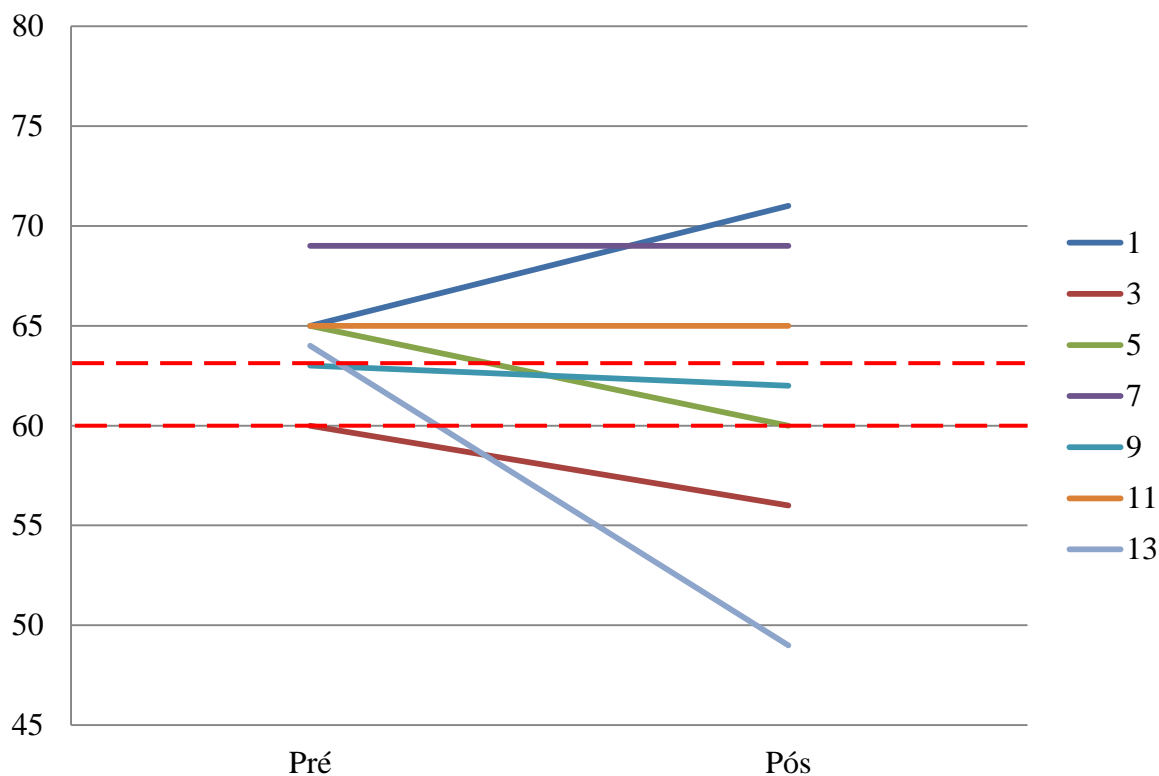
Tabela 7.

*Teste Mann-Whitney entre os Grupos Intervenção e Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes para o Pós- teste*

Escala e Síndromes Internalizantes	Grupos				<i>U</i>	<i>p</i>
	Intervenção (n = 7)		Comparação (n = 7)			
	M (DP)	Md	M (DP)	Md		
Problemas Internalizantes	61,71 (7,61)	62,00	59,43 (5,35)	60,00	19,00	0,54
Reatividade Emocional	59,20 (6,87)	59,00	58,14 (6,79)	62,00	24,00	1,00
Ansiedade/depressão	63,43 (8,28)	63,00	59,00 (5,48)	59,00	22,00	0,80
Queixas somáticas	59,86 (7,36)	58,00	59,43 (3,91)	58,00	22,00	0,80
Retraimento	59,00 (7,79)	56,00	55,71 (6,63)	51,00	23,50	0,90

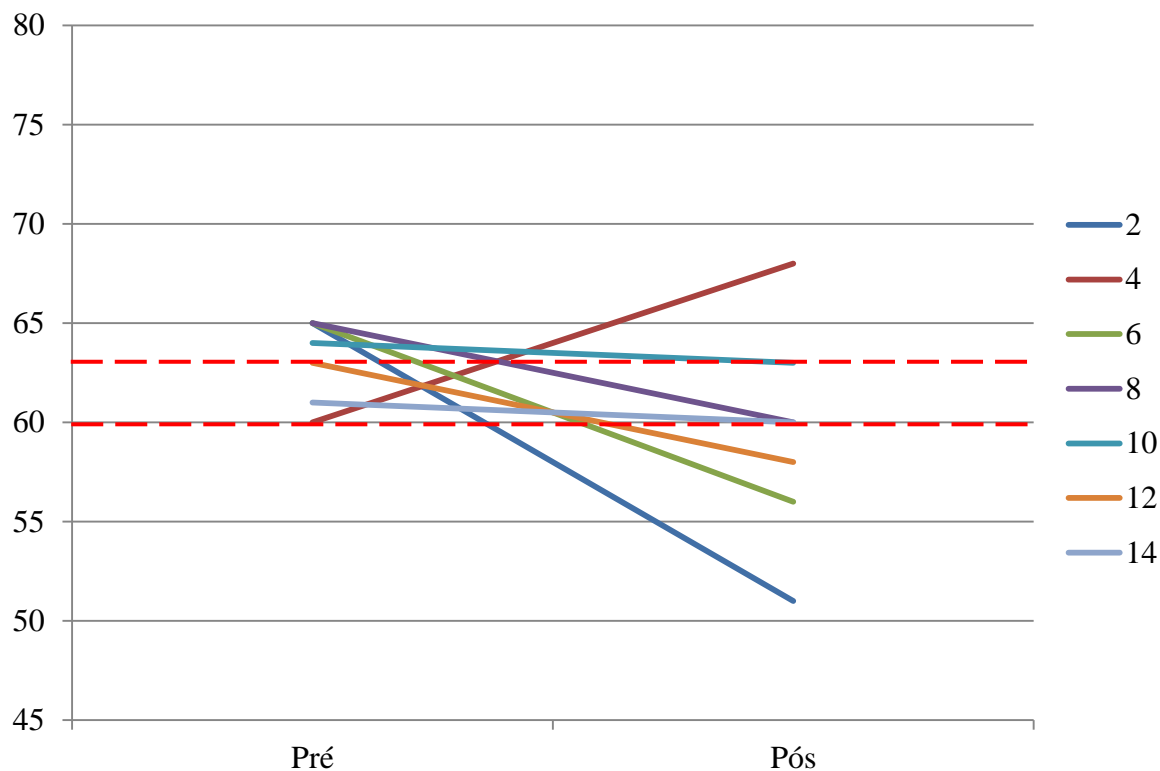
Optou-se por explorar os dados não apenas por meio da estatística inferencial, mas

também por meio da estatística descritiva de cada caso. Os dados individuais foram identificados através da trajetória dos escores para cada criança. Nesse momento, o termo trajetória é utilizado para referir a comparação entre os escores do pré-teste e do pós-teste. Na segunda etapa desta análise, as alterações nos escores da escala de problemas internalizantes nos sete casos do grupo intervenção e nos sete casos do grupo comparação foram examinadas. As Figuras 2 e 3 ilustram as trajetórias dos escores de problemas internalizantes para o grupo intervenção e para o grupo comparação, respectivamente, pela identificação dos escores de cada participante no pré e no pós-teste. Na Figura 2, que ilustra os dados dos sete casos do grupo intervenção, constata-se a redução de escores em quatro casos (3, 5, 9 e 13). Nesses quatro casos com trajetórias decrescentes destacam-se as seguintes alterações: a) o caso 3 passou do escore 60 (limítrofe) para 56 (não-clínico); b) o caso 5 teve escore 65 (clínico) no pré-teste e 60 (limítrofe) no pós-teste; c) o caso 9 passou do escore 63 para 62, mantendo-se na categoria limítrofe; d) o caso 13 alcançou passou de um 64 (clínico) no pré-teste a um escore de 49 (não clínico) no pós-teste. Além dos casos de trajetória decrescente, dois casos tiveram trajetórias estáveis, mantendo-se com os mesmos escores no pré e no pós-teste, que os classificaram na categoria clínica nos dois momentos. O caso 7 teve escore 69 e o caso 11 teve escore 65 tanto no pré como no pós-teste. Apenas um caso apresentou uma trajetória crescente, o caso 1, com escore de 65 no pré-teste e de 71 no pós-teste, mantendo-se na faixa clínica.



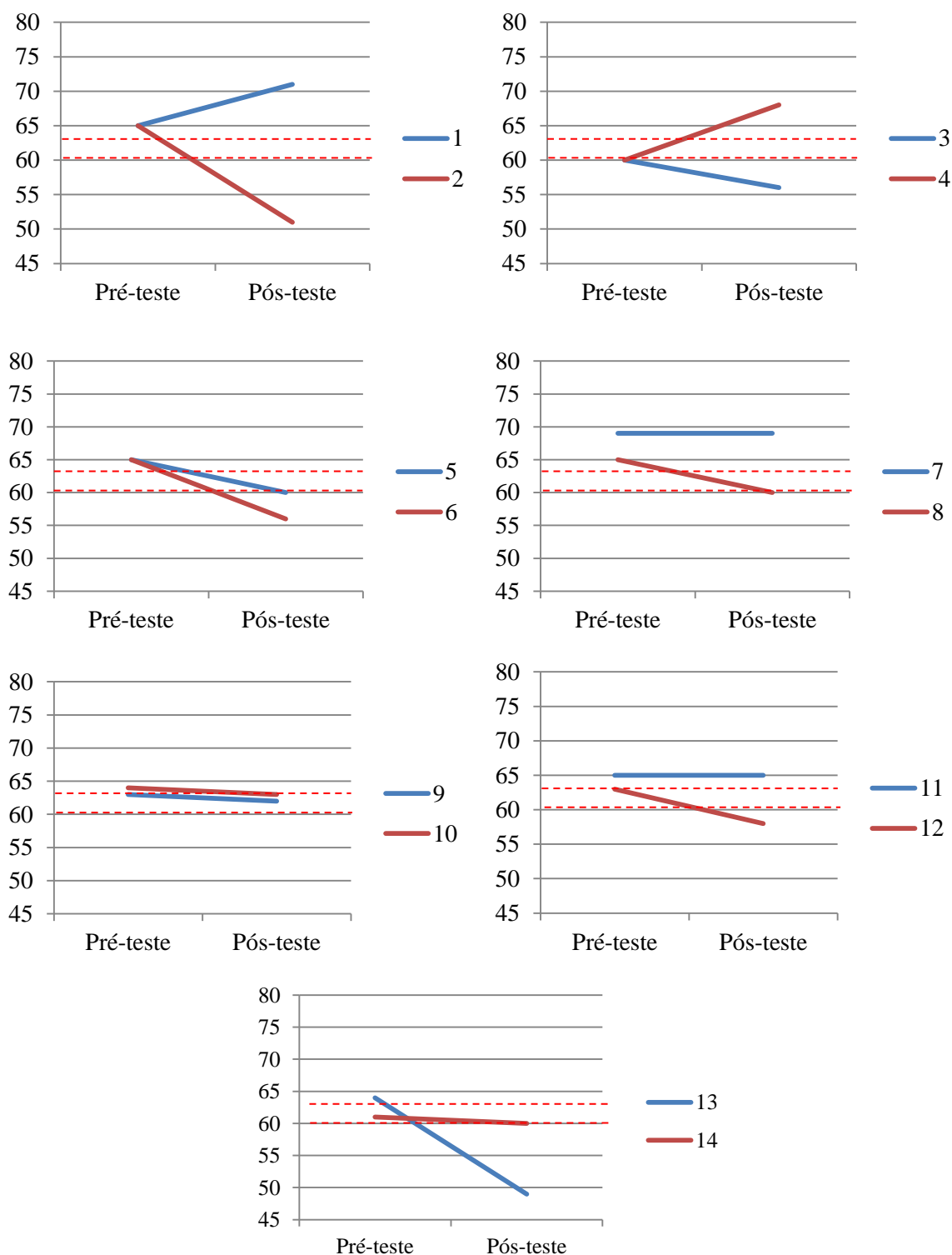
*Figura 2.* Trajetórias dos escores de problemas internalizantes para o grupo intervenção

Na Figura 3, que ilustra as trajetórias dos sete casos do grupo comparação, verifica-se que seis casos tiveram redução dos escores de problemas internalizantes do pré para o pós-teste (2, 6, 8, 10, 12 e 14), revelando trajetórias decrescentes: a) o caso 2 reduziu o escore de 65 (clínico) para 51 (não clínico); b) o caso 6 passou do escore 65 (clínico) para 56 (não clínico); c) o caso 8 teve redução de um escore de 65 (clínico) para 60 (limítrofe); d) o caso 10 também passou da categoria clínica para a limítrofe, com escore 64 no pré-teste e de 63 no pós-teste; e) o caso 12 teve alteração dos escores de 63 (limítrofe) para 58 (não-clínico); f) o caso 14 manteve-se na faixa limítrofe com os escores 61 e 60, no pré e no pós-teste, respectivamente; g) somente o caso 4 teve aumento nos escores, passando de 60 para 68, com transição da categoria limítrofe para a clínica.



*Figura 3.* Trajetórias dos escores de problemas internalizantes para o grupo comparação

Por fim, na terceira etapa desta análise, foram consideradas as duplas de casos dos grupos intervenção e comparação que foram emparelhadas. A Figura 4 apresenta as trajetórias dos escores de problemas internalizantes das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação. Em duas duplas (duplas 2 e 7), os escores de problemas internalizantes do grupo intervenção reduziram mais que os do grupo comparação. Na dupla 2, o caso intervenção passou de 60 para 56 do pré para o pós-teste, enquanto que no caso comparação os escores foram de 60 e 68 respectivamente. A dupla 7 teve os escores 64 e 49 no pré e no pós-teste, no caso intervenção, e passou de 61 para 60 no caso comparação. Em quatro duplas (duplas 1, 3, 4 e 6), os escores que tiveram maior redução foram verificados no grupo comparação. Na dupla 1, o caso intervenção passou de 65 para 71 e o caso comparação passou de 65 para 51. Na dupla 3, os escores do caso intervenção mudaram de 65 para 60 e os escores do caso comparação variaram de 65 para 56. Na dupla 4, o caso intervenção manteve-se estável no escore 69 e o caso comparação reduziu de 65 para 60. No caso 6, o caso intervenção estabilizou no escore 65 e o caso comparação teve redução de 63 para 58. Por fim, na dupla 5, ambos os casos tiveram reduções semelhantes nos escores, o caso intervenção reduziu seu escore de 63 para 62 e o caso comparação reduziu seu escore de 64 para 63.



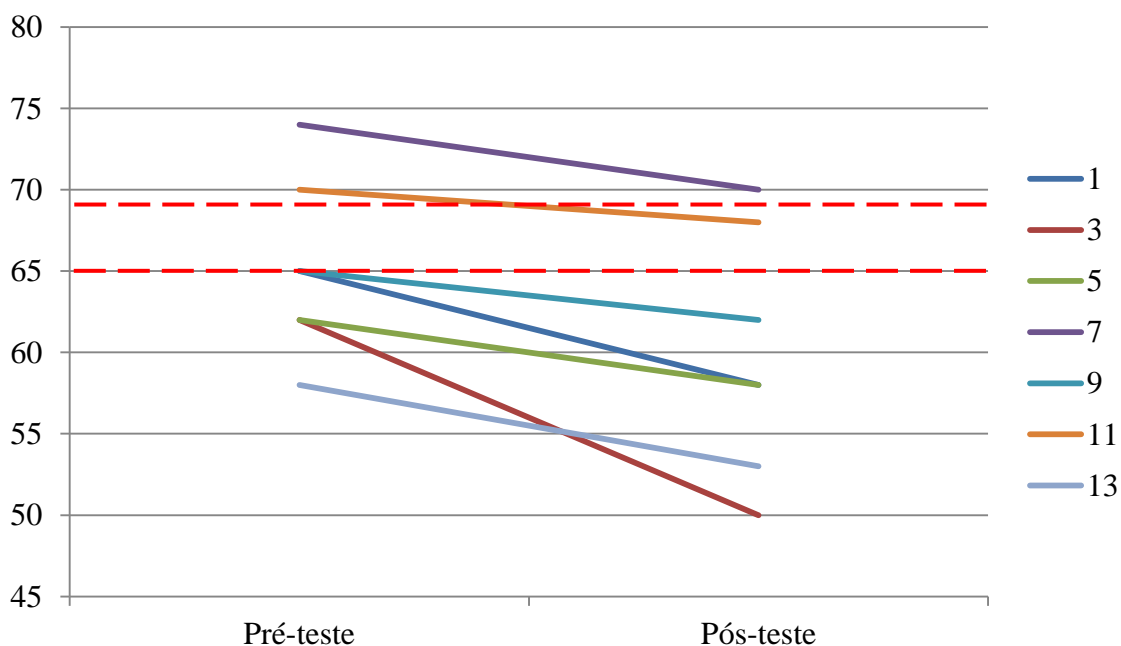
*Figura 4.* Trajetórias dos escores de problemas internalizantes das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação

#### Trajetórias dos grupos intervenção e comparação nas síndromes que compõem os problemas internalizantes do pré para o pós-teste

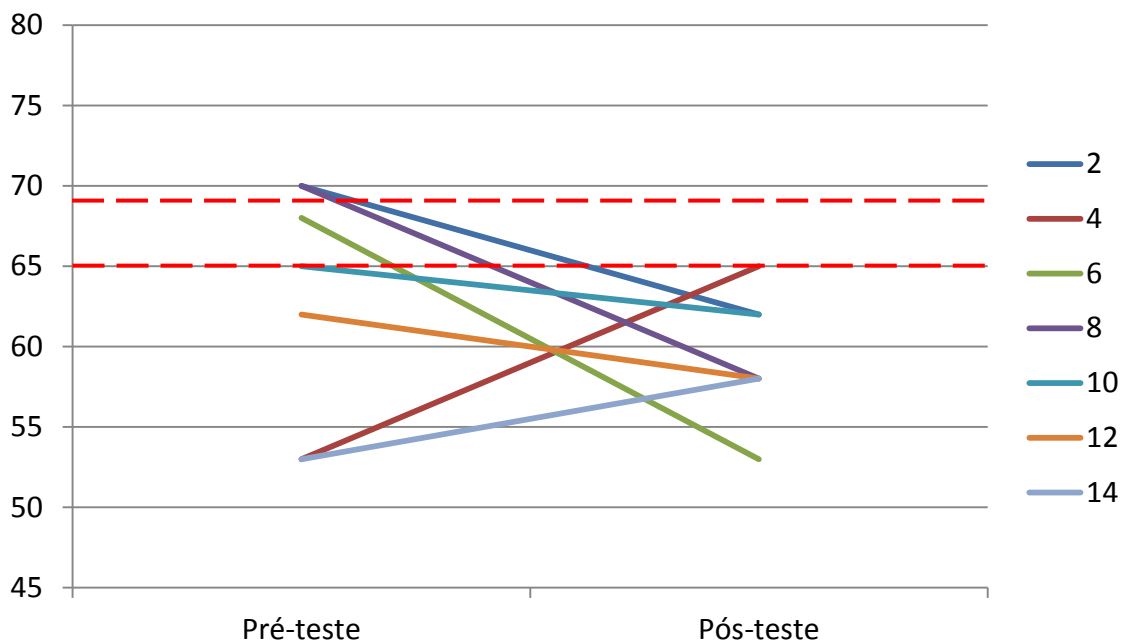
Considerando a diferença significativa constatada no grupo intervenção entre os

escores do pré e do pós-teste na síndrome queixas somáticas e a ausência de diferença significativa entre os grupos intervenção e comparação nessa mesma síndrome, buscou-se examinar as trajetórias de cada um dos casos dos dois grupos nas quatro síndromes que compõem os problemas internalizantes. As Figuras 5 e 6 demonstram as trajetórias individuais dos escores de queixas somáticas no grupo intervenção e no grupo comparação.

Essa análise revelou que, no grupo intervenção, todos os casos apresentaram redução dos escores entre o pré e o pós-teste (ver Figura 5). No grupo comparação, a maioria dos casos também obteve redução semelhante, no entanto, dois casos (4 e 14) tiveram aumento nos escores de queixas somáticas (ver Figura 6).

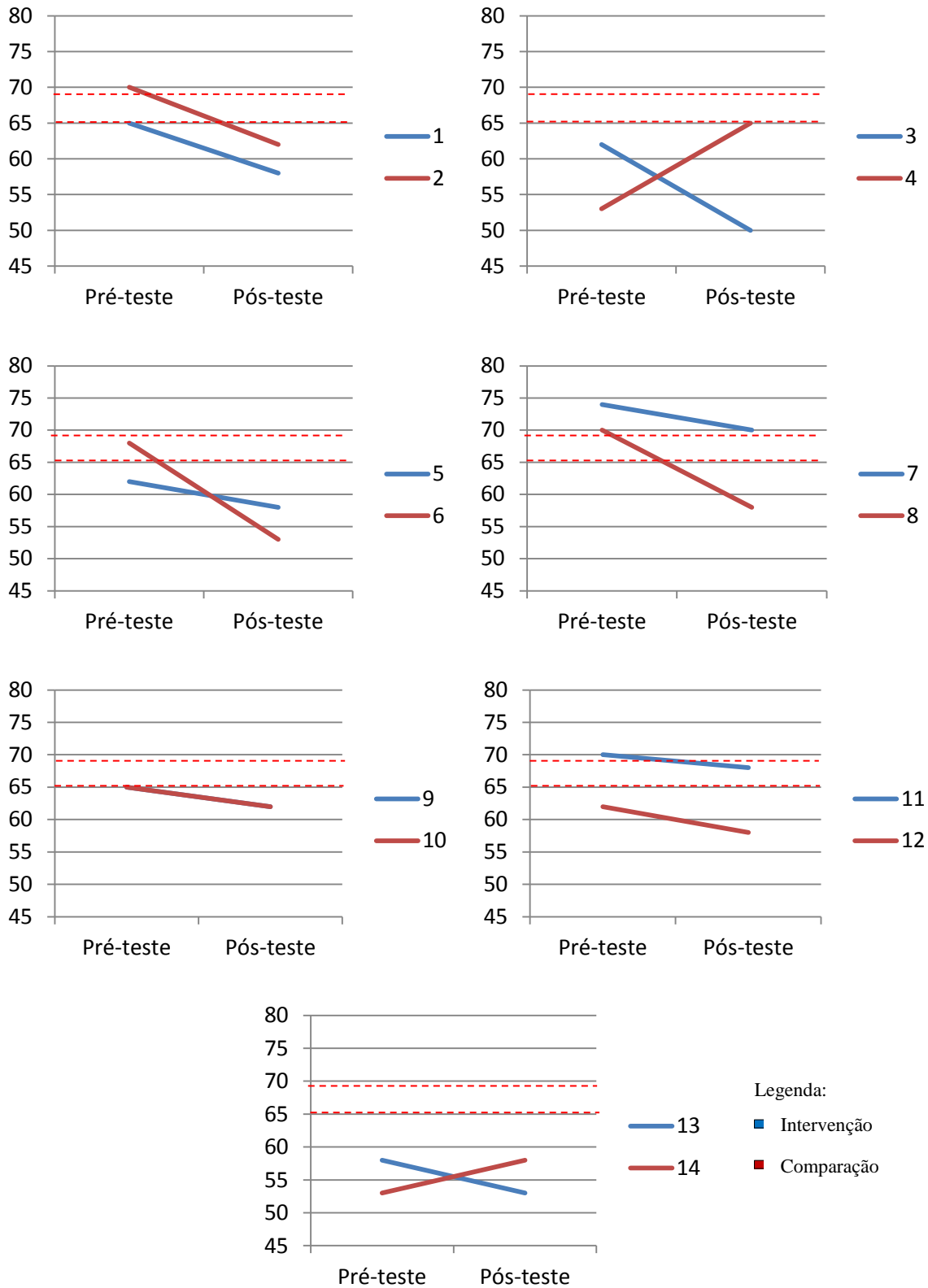


*Figura 5.* Trajetórias dos escores de queixas somáticas para o grupo intervenção



*Figura 6.* Trajetórias dos escores de queixas somáticas para o grupo comparação

Por fim, para uma análise mais detalhada das mudanças nos escores de queixas somáticas, procedeu-se considerando as duplas de casos dos grupos intervenção e comparação que foram emparelhadas. A Figura 7 apresenta as trajetórias dos escores de queixas somáticas das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação. A análise dos casos emparelhados revela que no grupo comparação houve dois casos em que ocorreu agravamento dos sintomas (casos 4 e 14), enquanto em todos os casos do grupo intervenção houve redução nos escores dessa síndrome. Porém, nos demais casos, a redução dos escores no grupo comparação foi equivalente ou até mesmo mais acentuada do que no grupo intervenção (duplas 1, 3, 4, 5 e 6).

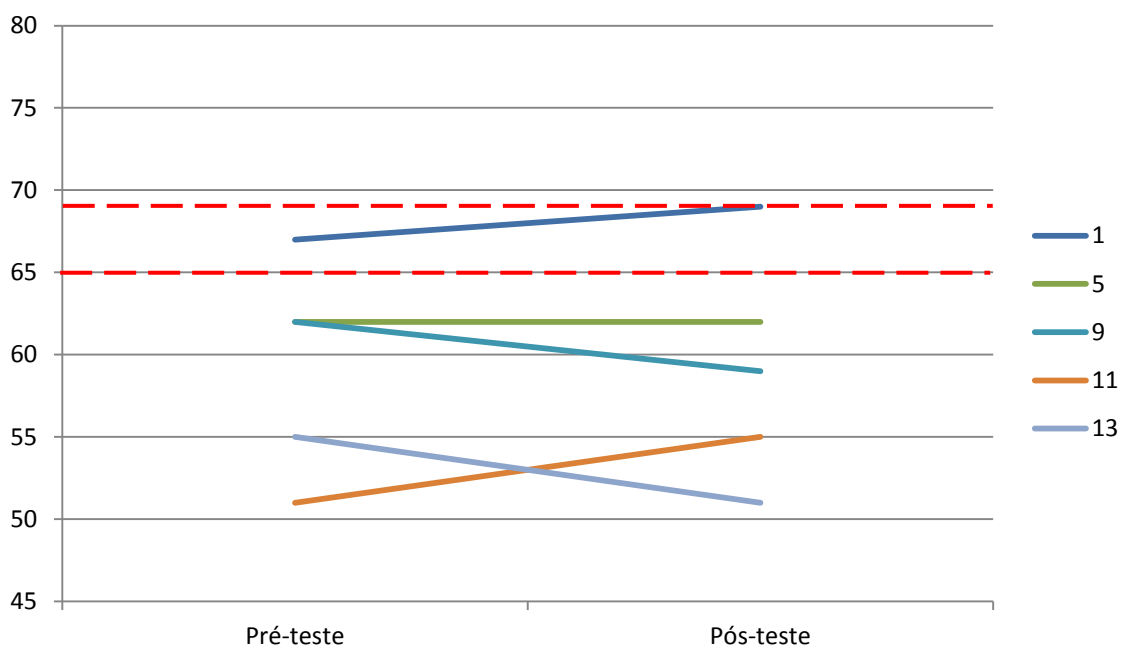


**Figura 7.** Trajetórias dos escores de queixas somáticas das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação

As Figuras 8 e 9 representam as trajetórias dos escores de reatividade emocional para cada caso no grupo intervenção e no grupo comparação, respectivamente. Como a síndrome

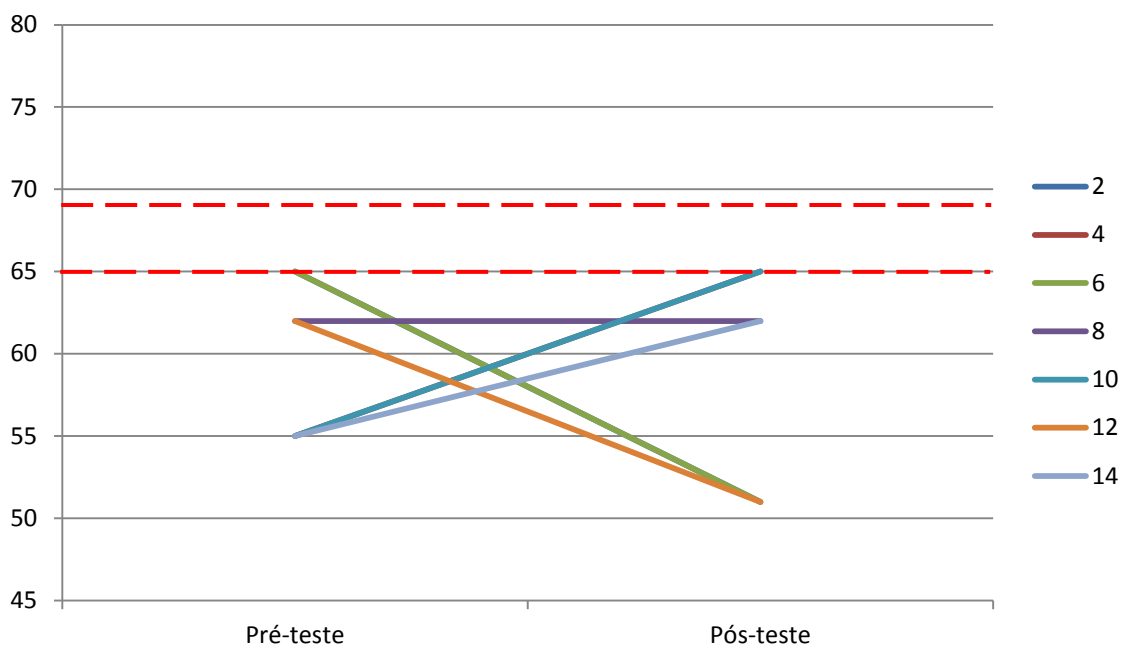


reatividade emocional não possui síndromes equivalente na versão do CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001), não foram incluídos os casos 3 e 7 na análise das trajetórias dos escores de reatividade emocional dos casos do grupo intervenção. Os demais casos distribuíram-se em trajetórias de aumento de escores (1 e 11), redução de escores (9 e 13) e de estabilidade (5). De qualquer modo, é importante ressaltar que dentre esses casos, somente um deles (caso 1) obteve escores limítrofes tanto no pré como no pós-teste. Os outros quatro casos apresentaram valores não-clínicos nessa síndrome, tanto no pré e como no pós-teste.



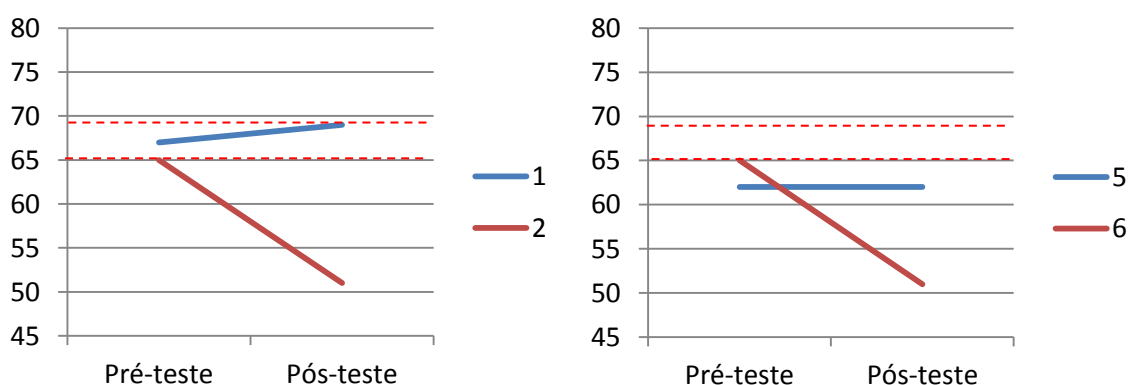
*Figura 8.* Trajetórias dos escores de reatividade emocional para o grupo intervenção

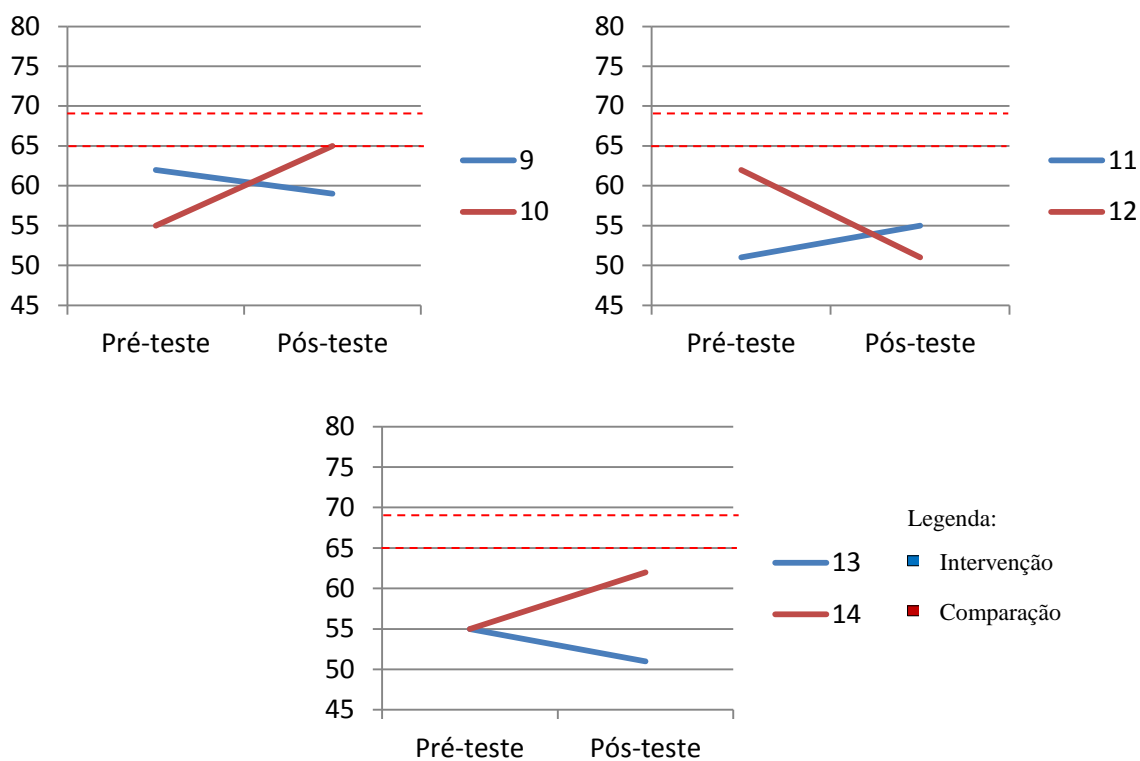
No grupo comparação, os casos 2 e 6 tiveram a mesma trajetória de redução de escores, além desses casos, mais um (12) teve redução dos escores. Os casos 4, 10 e 14 tiveram aumento de escores, sendo que os casos 4 e 10 apresentaram a mesma trajetória. Somente um caso (8) teve estabilidade dos escores entre o pré e o pós-teste. Os casos desse grupo apresentaram escores limítrofes ou não-clínicos de maneira que quatro casos apresentaram escores limítrofes em algum momento de medida. Os casos 2 e 6 tiveram escores limítrofes no pré-teste e os casos 4 e 10 tiveram escores limítrofes no pós-teste.



**Figura 9.** Trajetórias dos escores de reatividade emocional para o grupo comparação

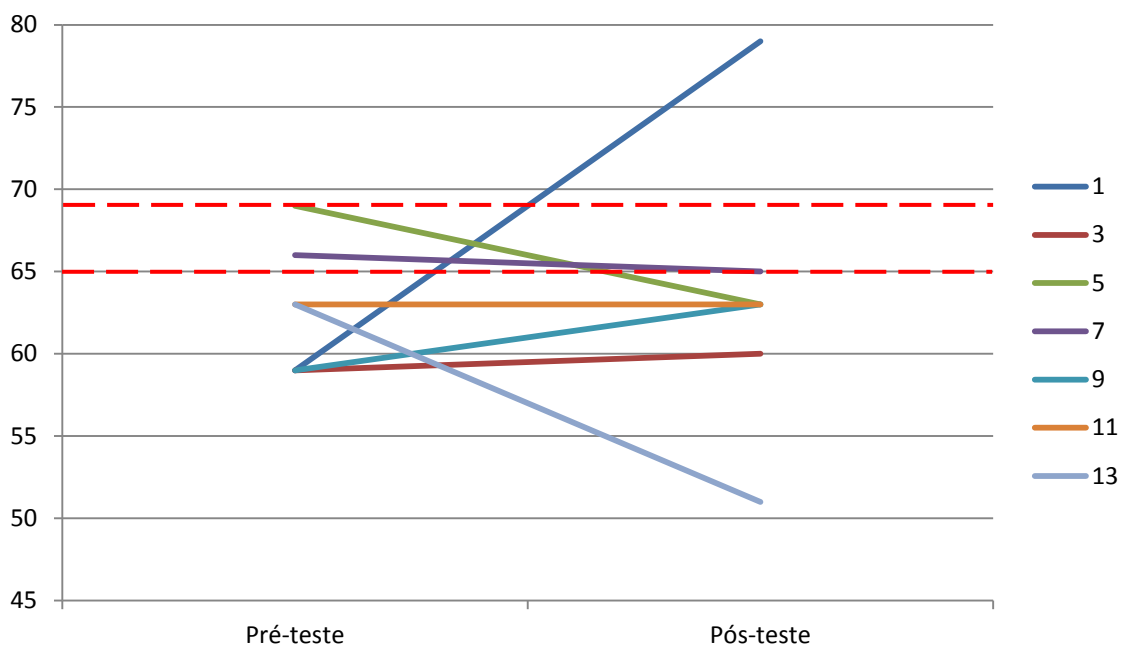
Considerando-se o emparelhamento das duplas de casos para a análise dos escores da síndrome reatividade emocional, as trajetórias dos escores das duplas podem ser observadas na Figura 10. Das cinco duplas que puderam ser comparadas quanto à síndrome reatividade emocional, duas duplas (dos casos 9, 10 e 13, 14 respectivamente) tiveram redução dos escores dos casos intervenção e aumento nos casos comparação, enquanto duas duplas (dos casos 1, 2 e 11, 12 respectivamente) tiveram o desempenho oposto, aumento dos escores nos casos intervenção e redução dos escores nos casos comparação. A quinta dupla considerada (dos casos 5 e 6) apresentou estabilidade dos escores do caso intervenção, com redução dos escores no caso comparação.





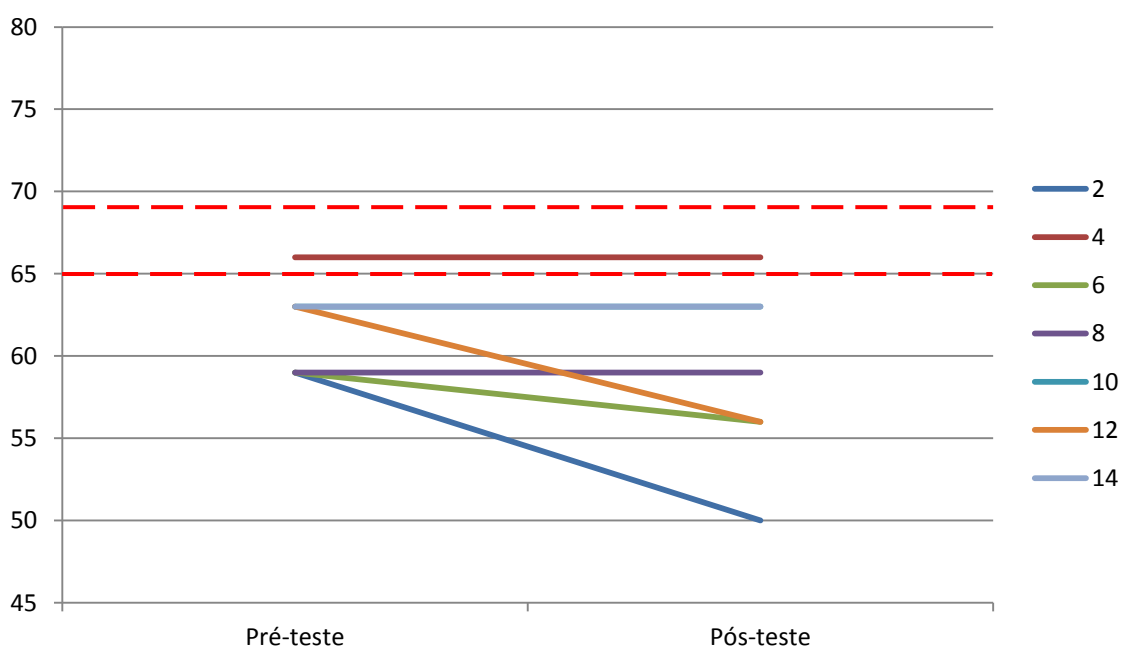
*Figura 10.* Trajetórias dos escores de reatividade emocional das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação

As trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo intervenção estão representadas na Figura 11. Os escores iniciais foram limítrofes, somente em dois casos (5 e 7) e foram não-clínicos em cinco casos (1, 3, 9, 11 e 13). Somente o caso 1 obteve valores clínicos no pós-teste. Dessa maneira, três casos (5, 7 e 13) tiveram redução dos escores, três casos (1, 3 e 9) mostraram aumento dos escores e um caso (11) permaneceu estável entre o pré e o pós-teste.



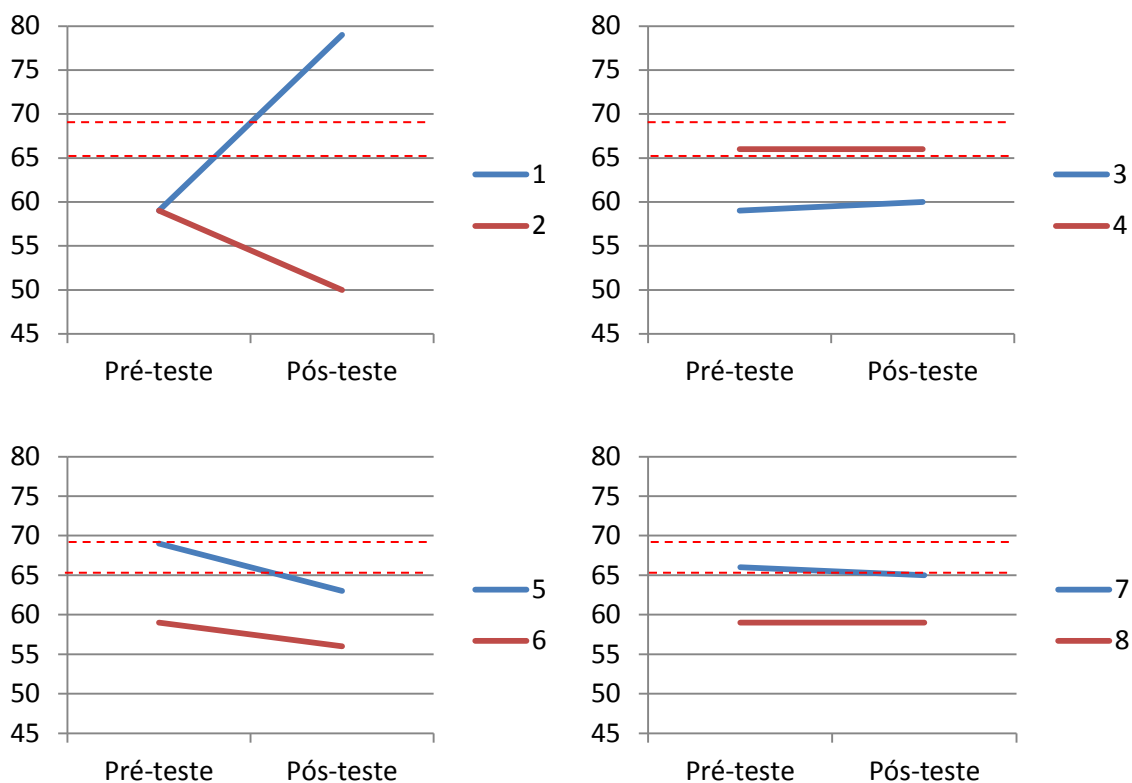
*Figura 11.* Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo intervenção

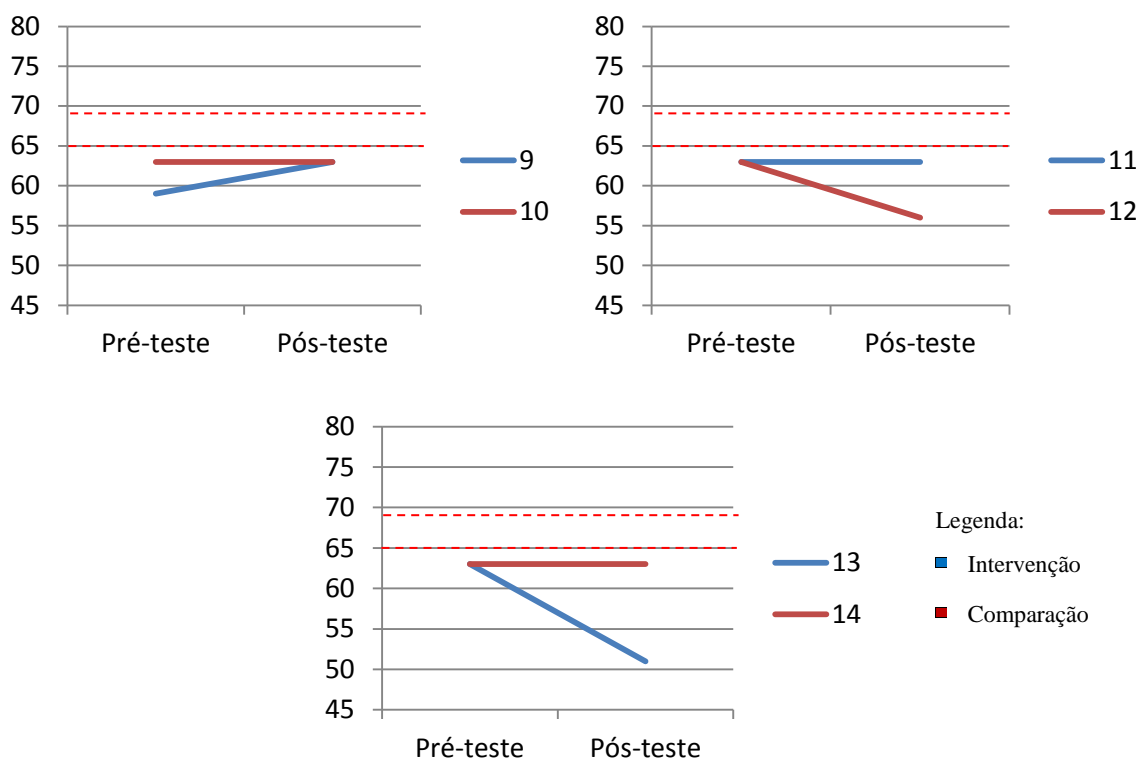
A Figura 12 apresenta as trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo comparação. Os casos (2, 6 e 12) possuíam trajetórias de redução de escores entre o pré e o pós-teste. Os casos 10 e 14 mostraram trajetórias iguais, apresentando com mais dois casos (4 e 8) desempenhos estáveis. O caso 4 foi o único a alcançar valores limítrofes nesse grupo. Todos os outros seis casos tiveram escores não-clínicos no pré e no pós-teste.



*Figura 12.* Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão para o grupo comparação

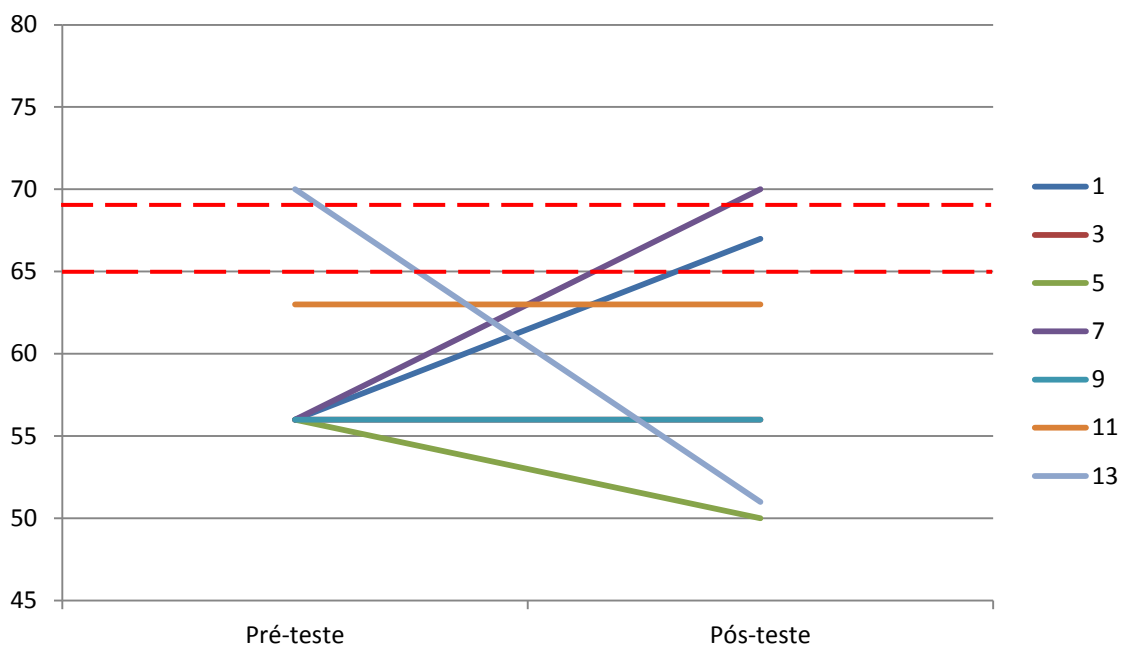
A seguir apresenta-se a análise das duplas de casos emparelhados para a síndrome ansiedade/depressão. Na Figura 13, são apresentadas as trajetórias dos escores de ansiedade/depressão das duplas de casos emparelhados dos grupos intervenção e comparação. Três duplas (3, 4 e 7) demonstraram redução dos escores para os casos intervenção. A redução dos escores ocorreu no grupo intervenção enquanto os escores do grupo comparação permaneceram estáveis (duplas 4 e 7). Em uma das duplas, os escores do grupo intervenção reduziram em maior taxa que o caso comparação (dupla 3). Em duas duplas (2 e 5), os escores dos casos do grupo intervenção aumentaram enquanto os escores dos casos do grupo comparação foram estáveis. Em outra dupla (1), os escores do grupo intervenção aumentaram enquanto os escores do grupo comparação reduziram. Na dupla restante (6), os escores do caso intervenção permaneceram estáveis, acompanhados da redução dos escores do caso comparação.





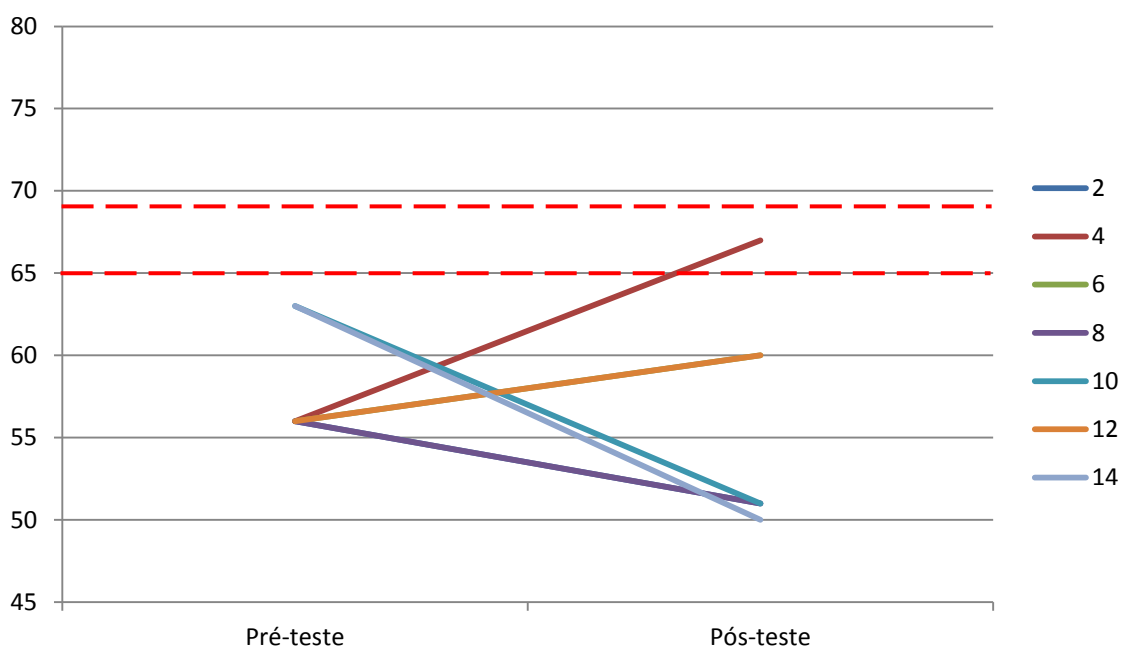
*Figura 13.* Trajetórias dos escores de ansiedade/depressão das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação

As trajetórias dos escores dos grupos intervenção e comparação para a síndrome retraimento foram analisadas como nas demais síndromes componentes dos problemas internalizantes. A Figura 14 apresenta as trajetórias do grupo intervenção. Duas das trajetórias descreveram redução de escores (casos 5 e 13). O caso 5 teve escores não-clínicos no pré e no pós-teste e o caso 13 apresentou escore clínico no pré-teste, com redução para não clínico no pós-teste. Dois casos (1 e 7) tiveram aumento dos escores. O caso 1 teve valores limítrofes e o caso 7 apresentou escore clínico no pós-teste. Três casos apresentaram estabilidade dos escores (casos 3, 9 e 11), sendo que os casos 3 e 9 tiveram trajetórias iguais.



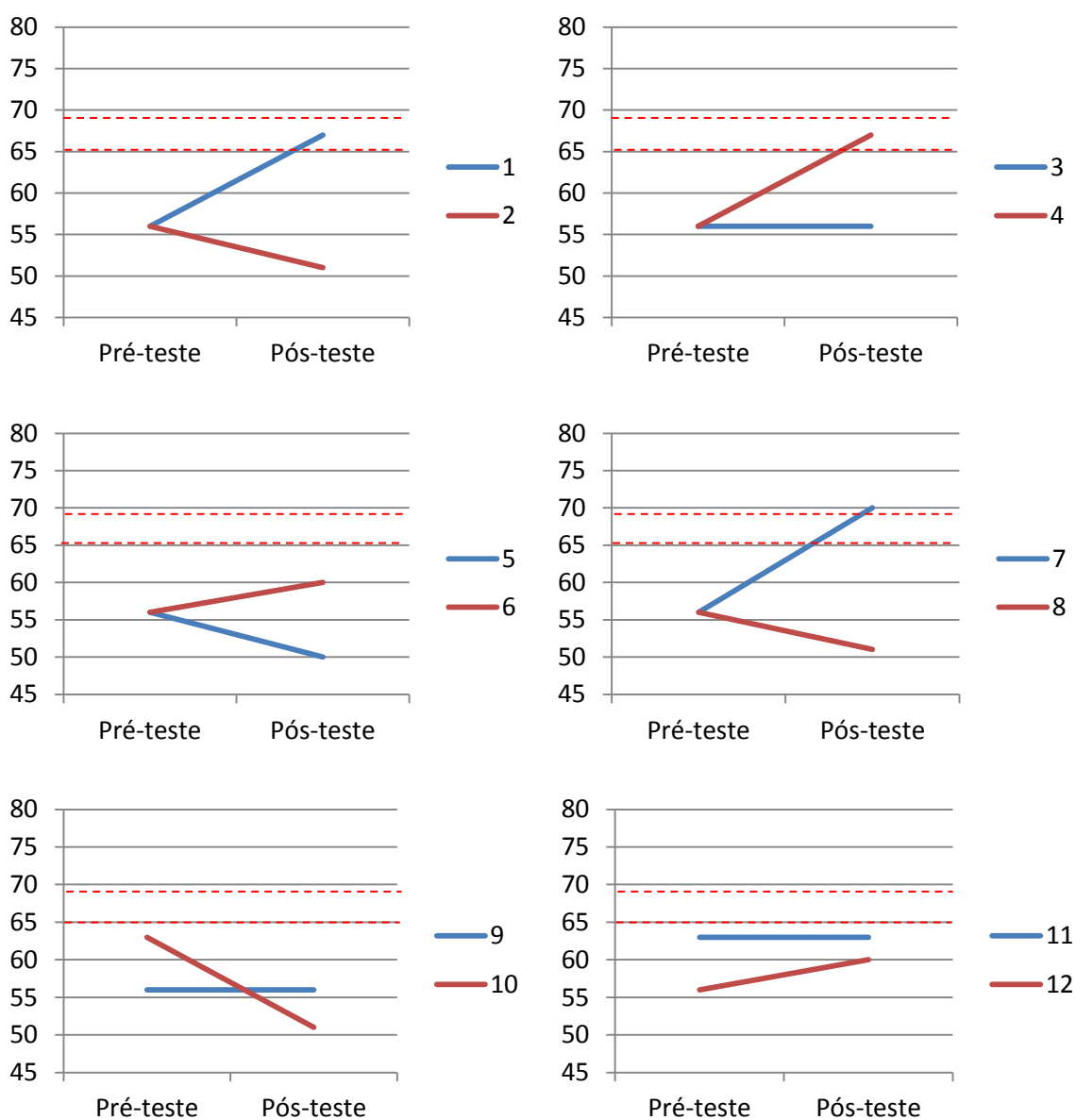
*Figura 14.* Trajetórias dos escores de retraimento para o grupo intervenção

O grupo comparação teve as trajetórias dos escores de retraimento apresentadas na Figura 15. Quatro casos (2, 8, 10 e 14) tiveram trajetórias de redução, sendo que os casos 2 e 8 obtiveram valores idênticos no pré e no pós-teste. Foram identificados três casos de aumento dos escores (casos 4, 6 e 12). Os casos 6 e 12 tiveram trajetórias idênticas do pré para o pós-teste. Somente o caso 4 apresentou valor limítrofe no pós-teste, os seis casos restantes tiveram valores não-clínicos no pré e no pós-teste.

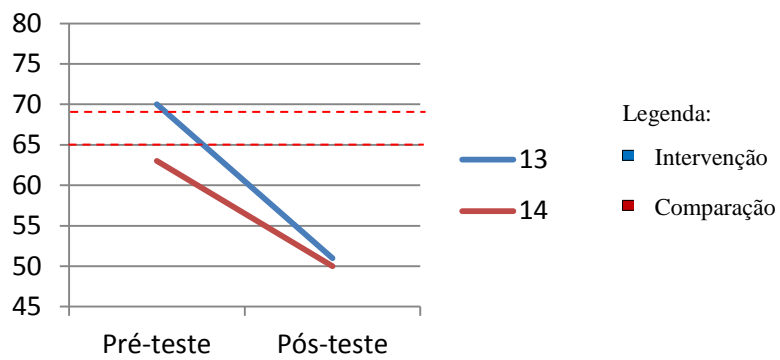


*Figura 15.* Trajetórias dos escores de retraimento para o grupo comparação

As trajetórias dos escores de retraimento das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação são apresentadas na Figura 16. Foram identificadas duas duplas com casos de redução do grupo intervenção (duplas 3 e 7). O caso intervenção da dupla 3 foi acompanhado por um caso de aumento do grupo comparação. Já a dupla 7 foi teve um caso de redução do grupo comparação. Na dupla 7, a redução dos escores do caso intervenção foi mais acentuada que a do caso comparação. Três duplas tiveram casos com escores estáveis do grupo intervenção (duplas 2, 5 e 6). As duplas 2 e 6 foram emparelhadas com casos de aumento do grupo comparação. Já o caso do grupo intervenção da dupla 5 foi acompanhado por um caso de redução do grupo comparação. As duplas 1 e 4 tiveram casos de aumento do caso intervenção seguidos de casos com redução de escores do grupo comparação.







*Figura 16.* Trajetórias dos escores de retraimento das duplas de casos emparelhados entre os grupos intervenção e comparação

## Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de uma intervenção grupal, direcionada às práticas educativas parentais, sobre os problemas internalizantes na infância por meio de um delineamento quase-experimental com grupos não-equivalentes. A hipótese de que os escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes no pós-teste seriam inferiores quando comparados aos escores de problemas internalizantes no pré-teste recebeu pouco apoio dos dados. Os resultados revelaram que houve apenas uma redução nos escores do grupo intervenção do pré para o pós-teste, na síndrome queixas somáticas. As queixas somáticas podem ser compreendidas a partir das seguintes dimensões: a) mecanismos fisiológicos, b) controlabilidade, previsibilidade e condicionamento reflexo e c) modelo parental.

Skinner (2003) afirma que respostas emocionais podem prejudicar a saúde do indivíduo, entretanto discorda da postura de atribuir valor causal a eventos privados como medo e ansiedade para a ocorrência de sintomas somáticos. Esse autor destaca que eventos privados, como a ativação prolongada de respostas de glândulas e músculos podem levar a distúrbios físicos. Faltariam, nessa explicação, as variáveis da história ambiental do sujeito das quais a causa e o efeito somático seriam função. Por exemplo, Bhatia e Tandon (2005) identificaram efeitos do estresse – ameaça aguda ao equilíbrio do organismo – sobre o trato gastrointestinal, facilitando o desenvolvimento de transtornos gastrointestinais como alterações no funcionamento do intestino, inflamação intestinal, úlcera péptica e refluxo gastroesofágico. É possível identificar, neste estudo de Bhatia e Tandon (2005), as variáveis ambientais – exposição a ameaças ao equilíbrio do organismo – e as queixas somáticas resultantes. Nesse ponto, podemos levantar a primeira hipótese para a redução dos escores de queixas somáticas do grupo intervenção, que seria a de que uma potencial redução dos conflitos familiares, proporcionada pelo GPP, pode ter reduzido as ameaças ao equilíbrio do organismo e, por consequência, interrompido mecanismos fisiológicos que induziriam os sintomas somáticos.

Além dos processos fisiológicos citados anteriormente, o mecanismo de condicionamento reflexo vem sendo apontado como um fenômeno relevante para a compreensão das queixas somáticas (Overmier, 2002; Silva, 1981). Quando as crianças são expostas a estímulos incondicionados, o contexto imediato adquire propriedades eliciadoras condicionadas. Nesse sentido, familiares e cômodos da casa, por exemplo, podem produzir respostas reflexas associadas ao relato de dor, náusea ou outra queixa somática. Na presença

do estímulo condicionado, tornam-se mais prováveis as respostas que facilitem interrupção da ocorrência do estímulo condicionado e a esquivas do estímulo incondicionado. Nessa interação, três variáveis são importantes para a frequência de queixas somáticas: previsibilidade, controlabilidade e atividade do organismo (Silva, 1981). Quanto menor a previsibilidade e o controle, maior a frequência de queixas somáticas, e quanto maior a atividade do organismo, maior a frequência de queixas somáticas (Silva, 1981). Assim, as queixas somáticas parecem ser também um produto de condicionamento reflexo e sua ocorrência parece variar nos espectros de previsibilidade e controlabilidade, acompanhada por relatos de ansiedade e depressão. Antes do GPP, os participantes poderiam estabelecer contextos de controle aversivo com seus filhos, com práticas educativas pouco consistentes (baixa previsibilidade) e com pouca chance de as crianças evitarem a ocorrência de estimulação aversiva. Após a intervenção, a partir de práticas indutivas e de controle assertivo, os pais podem ter aumentado o controle das crianças sobre a estimulação aversiva. No entanto, o fato de que as mudanças nas práticas ainda eram muito recentes no momento do pós-teste pode explicar o caráter ainda incipiente das práticas facilitadoras do desenvolvimento social. Assim, essas mudanças iniciais podem ter causado um impacto sobre as queixas somáticas, porém, não sobre outros componentes dos problemas internalizantes.

O padrão de queixas somáticas também pode ter sido alterado após mudanças nas práticas de superproteção. Eminson (2007) relata que mães superprotetoras tendem a ser mais vigilantes quanto a sinais de problemas de saúde nos filhos e a providenciar cuidados mais prontamente. Dentre esses cuidados, podem ocorrer maior presença e disponibilidade dos pais, assim como redução de conflitos familiares e evitação de atividades aversivas como obrigações domésticas e tarefas escolares que a criança costuma evitar. Nesse sentido, as queixas somáticas e seu relato podem ser mantidos através de reforçamento negativo e positivo. Uma vez que a intervenção valorizou práticas de envolvimento parental positivo e uma série de outras práticas para estimular a autonomia da criança, respostas associadas às queixas somáticas podem ter dado lugar a classes de respostas mais apropriadas e socialmente competentes.

Outra hipótese para a redução das queixas somáticas tem respaldo nas pesquisas de Hughes, Lourea-Waddell e Kendall (2008) e Reigada, Fisher, Cutler e Warner (2008) que demonstram associação entre queixas somáticas e ansiedade. No estudo de Hughes et al. (2008), o objetivo foi examinar queixas somáticas em crianças com transtornos ansiosos comparadas com um grupo de crianças não-ansiosas e se queixas somáticas seriam preditores de déficit em desempenho acadêmico. Esses autores constataram que crianças com

transtornos ansiosos relataram mais frequentemente queixas somáticas em comparação com o grupo de crianças sem quadros de ansiedade. Nessa mesma perspectiva, Reigada et al. (2008) listaram artigos que encontraram correlações fortes entre queixas somáticas e transtornos ansiosos, de forma que a maioria das pessoas com relatos de queixas somáticas poderia ser diagnosticada com ansiedade ou ainda com depressão. Para os autores de ambos os estudos, as queixas somáticas são componentes ou características predominantes dos transtornos ansiosos. Reigada et al. (2008) complementa que as queixas somáticas podem ser mantidas através de reforçamento negativo, por facilitar a esquiva de situações ansiogênicas.

Como ansiedade/depressão e queixas somáticas têm associação entre si e estão relacionadas às práticas educativas parentais (Anhalt & Morris, 2008; Hane et al., 2008; Hughes et al., 2008; McLeod, Weisz, & Wood, 2007; Reigada et al., 2008), é possível que os sintomas de queixas somáticas constituam componentes fisiológicos de perfis de ansiedade e depressão, ou de modo mais geral, do perfil internalizante, e que sejam mais sensíveis em curto prazo às mudanças sobre as práticas educativas parentais. Por outro lado, os sintomas avaliados pela síndrome ansiedade/depressão, por exemplo, poderiam ser compreendidos como constituintes da dimensão comportamental desse perfil, necessitando de um maior intervalo de tempo para exibir alterações significativas. Dessa maneira, os efeitos do GPP sobre os escores de ansiedade/depressão talvez sejam observados após o período em que as habilidades aprendidas nas sessões estejam consolidadas, permitindo também que o comportamento da criança tenha um período maior para ser modificado pelas alterações correspondentes no comportamento parental (Compas et al., 2009). Nesse sentido, talvez o GPP fosse mais eficaz se acompanhasse os pais por períodos de tempo mais extensos. Os programas propostos por Bolsoni-Silva et al. (2008) e por Coelho e Murta (2007), por exemplo, eram compostos por 20 sessões e produziram resultados com diferenças significativas e menores escores de problemas de comportamento no pós-teste, incluindo os escores de síndromes internalizantes. Como o GPP foi planejado inicialmente para 12 sessões, mas foi adaptado para respeitar o calendário das escolas, destaca-se a importância de se planejar o oferecimento do programa com a diretoria e professores da escola no início do ano letivo. Caso a negociação antecipada com a escola não seja viável, uma alternativa é conduzir a intervenção em ambulatórios de hospitais-escola ou em clínicas particulares.

Apesar de programas com 20 sessões produzirem diferenças significativas para as crianças com problemas internalizantes, outros programas com menor duração também obtiveram resultados semelhantes. Em alguns casos, a quantidade de sessões variou de cinco a quinze sessões. Entretanto, tais intervenções empregaram recursos alternativos. Os estudos de

Bauermeister et al. (2006) e Compas et al. (2009) investiram, paralelamente às sessões com os pais, em encontros simultâneos com os pais e seus filhos. Christensen et al., (2007) e Fantuzzo et al. (2005) obtiveram redução nos escores de retraimento, a partir de intervenções em ambiente escolar, com o auxílio de um colega da criança, além dos professores e/ou algum familiar. De modo semelhante ao que foi feito no presente estudo, a pesquisa de Cartwright-Hatton et al. (2005) obteve redução nos escores de problemas internalizantes, com a realização de oito sessões em grupo de pais. No entanto, os filhos dos pais selecionados eram mais jovens do que aqueles que participaram da presente pesquisa, apresentando uma idade média de 33 meses, variando entre dois e quatro anos e meio de idade.

Nesse sentido, nota-se que intervenções que investem preferencialmente na intervenção focada no comportamento parental, podem necessitar de períodos mais extensos para alcançar resultados significativos na alteração dos escores de problemas internalizantes das crianças. Portanto, para tornar o GPP mais eficiente, uma alternativa seria ampliar o número de sessões, prevendo um tempo maior para a prática e discussão das novas habilidades adquiridas e incluindo também outros temas importantes, como por exemplo, as relações dos pais com seus próprios cuidadores durante a infância. Além disso, visando a produzir dispositivos que auxiliem na manutenção em ambiente natural das habilidades desenvolvidas no GPP, deve-se planejar o maior envolvimento do outro cônjuge ou de outro cuidador da criança. Entende-se que a participação desse outro familiar pode ser facilitada através de recursos não presenciais, como envio de material impresso ou audiovisual.

Por outro lado, o estudo de Compas et al. (2009), ao investigar pais com histórico de transtorno depressivo maior, encontrou diferenças entre os relatos parentais e o relato dos filhos. Tal diferença pode sugerir que talvez os filhos sejam mais sensíveis à identificação das mudanças dos próprios problemas internalizantes ou ainda que a saúde geral dos pais possa interferir no relato das atitudes dos filhos. Nesse sentido, em estudos futuros, cabe avaliar os pais à saúde em geral, envolvendo indicadores de transtornos de humor e ansiedade.

Considerando os grupos intervenção e comparação, não foram confirmadas as hipóteses de que os escores de problemas internalizantes seriam mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste e de que os escores das síndromes internalizantes também seriam mais altos no grupo comparação. No entanto, é importante ressaltar que se tratam de dois grupos pequenos e que não foram aleatoriamente distribuídos, o que seria a condição metodológica ideal. A tentativa de manter a equivalência dos grupos foi também prejudicada, já que o emparelhamento dos casos foi realizado a partir de um grupo restrito de participantes, o que não permitiu o parâmetro ideal para todas as variáveis

relevantes. Dessa maneira, reduz-se a extensão em que os grupos podem ser comparados, pois variáveis desconhecidas podem interferir no desempenho de cada grupo (Creswell, 2010).

Além da possível interferência de variáveis desconhecidas, os grupos intervenção e comparação apresentaram diferença significativa quanto ao número de moradores, com o grupo comparação apresentando maior média por residência. Das sete famílias do grupo intervenção, cinco eram compostas somente pelos pais biológicos e os respectivos filhos, uma composta pelos pais biológicos, outro parente e a criança e outra família caracterizada como monoparental matriarcal com um único filho adotivo. No grupo comparação, quatro famílias eram compostas unicamente pelos pais biológicos e seus respectivos filhos, duas famílias eram monoparentais e compostas pela mãe, avó e outros parentes, além das crianças e uma monoparental matriarcal com a presença de outro parente e a criança. Sobre as diferentes composições dessas famílias, pode-se recorrer ao estudo de Lansford, Ceballo, Abbey e Stewart (2001) que investigou diferenças na qualidade do relacionamento e do bem-estar familiar em cinco diferentes configurações familiares (adotiva, com dois pais biológicos, com mães solteiras, com padrasto e com madrasta). Os achados dessa pesquisa revelaram que, apesar de a estrutura familiar interferir na qualidade do relacionamento e do bem-estar familiar, o funcionamento das famílias contribui mais expressivamente sobre essas variáveis. Assim, as diferentes composições das famílias dos grupos intervenção e comparação podem ter apresentado desempenhos diferenciados em decorrência da composição das famílias, assim como de características do funcionamento de cada uma. Ao formar os grupos, essas variáveis podem ter causado impacto nos valores do pós-teste entre os grupos, embora não seja possível compreender de que forma isso pode ter ocorrido.

Supõe-se que a menor quantidade de membros na residência tenha facilitado a participação dos pais no GPP. Esse fator pode ter sido de maior impacto para as mães, pois o menor número de residentes tende a demandar menos tempo e esforço para a organização das atividades domiciliares tradicionalmente atribuídas às mulheres. No entanto, famílias menores também podem se constituir como ambientes com menos apoio social para as mães, produzindo fatores de risco que podem interferir nos efeitos do GPP (Azeredo, 2010).

Cabe destacar que os grupos também apresentaram diferenças marginalmente significativas para a idade e para a escolaridade do genitor participante, com maiores valores no grupo intervenção. Essa diferença denota uma tendência de que os pais mais velhos e com maior escolaridade sejam mais sensíveis às necessidades de seus filhos, disponibilizando-se, conseqüentemente, a participar do GPP. No entanto, mesmo com as diferenças entre os grupos intervenção e comparação, os achados de ausência de diferença significativa nos

escores de problemas internalizantes e suas síndromes, especialmente no que tange à comparação do pré e do pós-teste do grupo intervenção, despertam dúvidas quanto à eficácia do programa tal como ele foi executado.

Por se tratar de uma proposta inovadora e de uma amostra restrita, optou-se por explorar os dados não apenas por meio da estatística inferencial, mas também por meio da estatística descritiva de cada caso. Os dados individuais foram identificados através da trajetória dos escores para cada criança. No presente estudo, se utiliza o termo trajetória para referir a comparação entre os escores do pré-teste e do pós-teste. Essa comparação pode indicar redução, aumento ou estabilidade dos escores. As trajetórias dos escores de problemas internalizantes do grupo intervenção sugerem uma tendência à redução ou estabilidade dos escores. Nesse sentido, mais uma vez é importante considerar a possibilidade de que um programa mais longo ou um prazo maior para a realização do pós-teste acentuasse as diferenças nos dois pontos de cada trajetória (Compas et al., 2009).

As análises das duplas de casos emparelhados foram feitas, portanto, para efeito de registro e ampliação dos dados das análises inferenciais, oferecendo informações adicionais para adaptações futuras da proposta atual. Nas duplas de casos emparelhados para escores de problemas internalizantes, analisou-se somente as duplas em que o caso do grupo intervenção teve redução dos escores. Aparentemente, esses participantes foram os mais sensíveis às intervenções do GPP. Essa decisão visa a descrever o desempenho desses participantes em relação com os casos do grupo comparação. Foram quatro os participantes do grupo intervenção que mostraram redução dos escores. Em uma dupla, o caso de redução foi acompanhado por aumento dos escores do participante do grupo comparação. Nas duplas restantes, os escores também reduziram para os participantes do grupo comparação. No entanto, considerando a magnitude de redução dentre as duplas mencionadas, dois participantes do grupo intervenção tiveram redução superior a redução correspondente nos casos do grupo comparação. Quanto aos outros dois casos, um deles apresentou o mesmo número de pontos de redução e no outro houve uma redução menor do que no caso emparelhado do grupo comparação. Para os dois primeiros casos descritos, o GPP pareceu representar uma vantagem, contudo, os dois outros casos reforçam as dúvidas acerca da eficácia do programa, que os demais resultados já apontavam. O mesmo tipo de análise de casos emparelhados foi adotado para as síndromes que compõem os problemas internalizantes. No entanto, como em muitos casos os escores do pré-teste atingiram valores não-clínicos, o valor da discussão desses dados é questionável. Em conjunto, esses achados apontam para a necessidade de ampliar, em pesquisas futuras baseadas na proposta atual, a

amostra do grupo intervenção e de compor um grupo controle para obter resultados mais fidedignos.

É importante considerar também outras hipóteses de natureza especulativa, que podem contribuir para a compreensão da ausência de diferenças significativas entre os grupos, bem como para o aprimoramento desta proposta de intervenção. Em primeiro lugar, considerando os indícios de influência genética (Saudino et al., 2008; Schmitz et al., 1995; van der Valk et al., 2003) e os princípios da modelação (Bandura, 1977), é plausível a hipótese de que os pais de crianças com problemas internalizantes pudessem apresentar perfis comportamentais semelhantes. Nesse caso, a modalidade de grupo poderia se constituir enquanto um contexto social aversivo. Dessa forma, sugere-se que futuros estudos investiguem os problemas internalizantes dos pais no pré e no pós-teste, bem como comparem os efeitos de diferentes modalidades de intervenção sobre esse tipo de problema nas crianças. Caso a modalidade de grupo seja inadequada, pode-se recorrer a intervenções individuais como principal recurso de intervenção ou ainda, como estratégias paralelas ao grupo.

Cabe destacar que o único participante do sexo masculino que acompanhou o grupo intervenção (caso 13) relatou redução do pré para o pós-teste, tanto na escala de problemas internalizantes, quanto nas síndromes. Essa redução generalizada pode indicar diferenças entre os sexos para os efeitos do GPP assim como pode apontar para um impacto proeminente das práticas educativas paternas sobre esses problemas. No estudo de Marin, Piccinini, Gonçalves e Tudge (2012), as práticas educativas paternas coercitivas estiveram associadas aos problemas internalizantes de crianças de seis anos. Lamb e Tamis-Lemonda (2004) discutem estudos sobre o papel do pai na família contemporânea e a influência paterna sobre as crianças. Em geral, esses autores afirmam que as diferenças entre pais e mães e as características do cuidador do sexo masculino são menos importantes que as relações estabelecidas entre o cuidador e a criança. As práticas de pais e mães e os mecanismos pelos quais essas práticas interferem no desenvolvimento socioemocional das crianças seriam similares, contudo, o contexto mais geral da relação pai-criança ou mãe-criança poderia variar e ser relevante. Nesse sentido, caberia uma nova investigação sobre as similaridades e diferenças no desempenho de pais e de mães no contexto do GPP, investigando mudanças dos escores das crianças do pré para o pós-teste e quais as práticas e estilos parentais desenvolvidos por pais e mães nesses dois momentos. Faz-se importante notar que o profissional que conduziu os grupos também é do sexo masculino e que essa seria uma variável importante de se avaliar para os efeitos do GPP.

Além da intervenção, o autor do presente estudo também conduziu entrevistas do pré-



teste. Apesar de ser ideal que esses processos sejam independentes, a coleta se processou dessa maneira em decorrência da escassez de recursos humanos e financeiros para a pesquisa. Porém, o pós-teste foi realizado por outras pesquisadoras, com o objetivo de reduzir o possível efeito da presença do autor sobre o relato dos pais. Em pesquisas futuras, sugere-se que o profissional que realizar a intervenção tenha o primeiro contato com os participantes somente com o início das sessões. Essa proposta se justifica pela necessidade de se evitar que os objetivos e hipóteses do pesquisador possam afetar o processo de intervenção e ter qualquer tipo de impacto sobre o pré e o pós-teste.

### **Considerações finais**

Em resumo, as hipóteses do presente estudo não foram confirmadas, exceto pela diferença significativa em queixas somáticas do pré para o pós-teste no grupo intervenção. Esses achados sugerem uma possível maior ou mais rápida sensibilidade dos mecanismos fisiológicos envolvidos nos sintomas da síndrome queixas somáticas às mudanças iniciais no comportamento parental. Salienta-se também que futuras pesquisas nessa perspectiva devem atentar para a seleção da amostra e sua extensão, assim como para a composição do grupo comparação e da investigação mais detalhada das práticas educativas parentais nos dois momentos de coleta.

Além disso, investigações mais detalhadas quanto às diferenças nos efeitos do programa sobre pais e mães, assim como sobre as diferentes síndromes componentes dos problemas internalizantes deverão contribuir para a compreensão da interação entre as práticas educativas parentais, o desenvolvimento socioemocional infantil e os papéis dos diferentes cuidadores. Considerando o impacto dos problemas internalizantes sobre o desenvolvimento socioemocional infantil, o planejamento de diferentes modalidades de intervenção também se faz necessário em futuras pesquisas. Dentre as distintas modalidades oferecidas pela literatura, a intervenção com ambos os cuidadores e com a criança, ou intervenções de caráter mais precoce são alternativas promissoras às quais a proposta inicial do GPP poderia ser adaptada.

O avanço das pesquisas brasileiras relacionadas às práticas educativas parentais e suas relações com o desenvolvimento e a manutenção dos problemas internalizantes infantis tornará as intervenções com pais mais eficientes e adequadas à cultura brasileira. Mesmo que a proposta avaliada neste estudo tenha produzido poucos efeitos em curto prazo nos escores de problemas internalizantes das crianças, o investimento nesse campo de pesquisa demonstra bom potencial. A ampla literatura que embasou a presente pesquisa mostra que o desenvolvimento e a implantação de programas com ênfase na redução de sintomas internalizantes em crianças através de mudanças das práticas educativas parentais tende a produzir melhora na qualidade dos relacionamentos familiares, prevenindo o agravamento dos sintomas da criança. Cabe à comunidade científica reconhecer as particularidades da estrutura e das interações nas famílias brasileiras, bem como das escolas e centros de atendimento públicos do nosso país, e desenvolver estratégias eficazes para promover o desenvolvimento infantil pleno.

## Referências

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*, 85(6), 1275–1301.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of Childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 277–256.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2004). Practical Applications of the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 90+ Years. *The International Test Users' Conference: Assessing intelligence, emotion and behaviour*. Melbourne: ACEReSearch.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alvarenga, P. (2006). O desenvolvimento sócio-emocional nos primeiros anos de vida e as contingências em operação na interação pais-criança. In H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*. Volume 18. Santo André, SP: ESETec.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2007). Preditores do desenvolvimento social na infância: Potencial e limitações de um modelo conceitual. *Interação em Psicologia*, 11(1), 103–112.
- Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Lopes, R. de C. S., & Tudge, J. (2009). Estabilidade e Mudanças nas Práticas Educativas de Mães e Pais. *Interação em Psicologia*, 13(2), 253–262.
- Anhalt, K., & Morris, T. (2008). Parenting characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 5(3), 122–137.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), 135–42. doi:10.1007/s00127-009-0052-2
- Azeredo, V. G. (2010). Entre paredes e redes: O lugar da mulher nas famílias pobres. *Serv. Soc. Soc.*, (103), 576–590.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development, 67*, 3296–3319.
- Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: parental psychological control of children and adolescents.pdf. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: how psychological control affects children and adolescents* (pp. 15–52). APA.
- Bauermeister, J. J., So, C. Y. C., Jensen, P. S., & Krispin, O. (2006). Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(1), 67–71.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development, 37*(4), 887. doi:10.2307/1126611
- Bhatia, V., & Tandon, R. K. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 20*, 332–339. doi:10.1111/j.1400-1746.2004.03508.x
- Bolsoni-Silva, A. T., Carrara, M. P., & Marturano, E. M. (2008). Intervenção em Grupo para Pais: a que estar atento com relação à intervenção e às habilidades terapêuticas? *Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção*. São Paulo: Roca.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia (Natal), 7*(2), 227–235. doi:10.1590/S1413-294X2002000200004
- Booth-LaForce, C., & Oxford, M. L. (2008). Trajectories of social withdrawal from grades 1 to 6: prediction from early parenting, attachment, and temperament. *Developmental psychology, 44*(5), 1298–313.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., White, C., & Verduyn, C. (2005). Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 18*(2), 45–52. doi:10.1111/j.1744-6171.2005.00014.x
- Carvalho Neto, M. B. C., & Tourinho, E. Z. (1999). Skinner e o lugar das variáveis biológicas em uma explicação comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 045–053.
- Castro, R. E. F., Melo, M. H. S., & Silveiras, E. F. M. (2003). O Julgamento de Pares de Crianças com Dificuldades Interativas após um Modelo Ampliado de Intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16*(2), 309–318.
- Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 016/2000 (2000). Brasil.
- Christensen, L., Young, K. R., & Marchant, M. (2007). Behavioral Intervention Planning: Increasing Appropriate Behavior of a Socially Withdrawn Student. *Education and Treatment of Children, 30*(4), 81–103. doi:10.1353/etc.2007.0022
- Coelho, M. V., & Murta, S. G. (2007). Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia, 24*(3), 333–341.

- Compas, B. E., Forehand, R., Keller, G., Champion, J. E., Rakow, A., Reeslund, K. L., McKee, L., et al. (2009). Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1007–20. doi:10.1037/a0016930
- Compas, B. E., Forehand, R., Thigpen, J. C., Keller, G., Hardcastle, E. J., Cole, D. A., Potts, J., et al. (2011). Family group cognitive-behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(4), 488–99. doi:10.1037/a0024254
- Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(6), 1240–1266.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 (1996). Brasil.
- Coyne, L. W., & Thompson, A. D. (2011). Maternal Depression, Locus of Control, and Emotion Regulatory Strategy as Predictors of Preschoolers' Internalizing Problems. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-011-9455-2
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e mistos* (3rd ed., p. 296). Porto Alegre: Artmed.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows* (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- DePanfilis, D. (2002). *Helping families prevent neglect final report*. Baltimore.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2010). *Terapia Cognitivo-comportamental Baseada Em Evidências*. Porto Alegre: Artmed.
- El-Sheikh, M., Hinnant, J. B., Kelly, R. J., & Erath, S. (2010). Maternal psychological control and child internalizing symptoms: vulnerability and protective factors across bioregulatory and ecological domains. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 51*(2), 188–98. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02140.x
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 855–71. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.007
- Falcone, E. (2008). A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In E. F. de M. Silveiras (Ed.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil V. I.* (5th ed.). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Fantuzzo, J., Manz, P., Atkins, M., & Meyers, R. (2005). Peer-mediated treatment of socially withdrawn maltreated preschool children: cultivating natural community resources. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 34*(2), 320–5. doi:10.1207/s15374424jccp3402\_11

- Fisher, P. A., Leve, L. D., O'Leary, C. C. O., & Leve, C. (2003). Parental Monitoring of Children's Behavior: Variation Across Stepmother, Stepfather, and Two-Parent Biological Families. *Family Relations*, *52*(1), 45–52.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(6), 727–734. doi:10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca
- Flook, L., Repetti, R. L., & Ullman, J. B. (2005). Classroom social experiences as predictors of academic performance. *Developmental Psychology*, *41*(2), 319–27. doi:10.1037/0012-1649.41.2.319
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual review of psychology*, *56*, 235–62. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141532
- Fung, H. (1999). Becoming a Moral Child: The Socialization of Shame among Young Chinese Children. *Ethos*, *27*(2), 180–209. doi:10.1525/eth.1999.27.2.180
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, *74*(2), 578–94.
- Goodman, R., Neves dos Santos, D., Robatto Nunes, A. P., Pereira de Miranda, D., Fleitlich-Bilyk, B., & Almeida Filho, N. (2005). The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *40*(1), 11–7. doi:10.1007/s00127-005-0851-z
- Hane, A. A., Cheah, C., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2008). The Role of Maternal Behavior in the Relation between Shyness and Social Reti- cence in Early Childhood and Social Withdrawal in Middle Childhood. *Social Development*, *17*(4), 795–811.
- Hardaway, C. R., McLoyd, V. C., & Wood, D. (2012). Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: an examination of protective factors. *American journal of community psychology*, *49*(1-2), 112–26. doi:10.1007/s10464-011-9440-3
- Hodges, E. V., & Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(4), 677–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234851>
- Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, *11*(2), 228–239. doi:10.1037/h0076463
- Hoffman, M. L. (1994). Discipline and Internalization. *Development and Psychopathology*, *30*(1).
- Holden, G. W. (2010). Childrearing and Developmental Trajectories: Positive Pathways, Off-Ramps, and Dynamic Processes. *Child Development Perspectives*, *4*(3), 197–204.

- Hughes, A. A., Lourea-Waddell, B., & Kendall, P. C. (2008). Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Child psychiatry and human development*, *39*(2), 211–20. doi:10.1007/s10578-007-0082-5
- Javo, C., Rønning, J. a, Heyerdahl, S., & Rudmin, F. W. (2004). Parenting correlates of child behavior problems in a multiethnic community sample of preschool children in northern Norway. *European child & adolescent psychiatry*, *13*(1), 8–18. doi:10.1007/s00787-004-0349-3
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, *47*(11), 1389–96.
- Lamb, M. E., & Tamis-Lemonda, C. S. (2004). The Role of the Father: An introduction. In M. E. Lamb (Ed.), *The Role of the Father in Child Development* (4th ed., pp. 1–31). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lansford, J. E., Ceballo, R., Abbey, A., & Stewart, A. J. (2001). Does Family Structure Matter? A Comparison of Adoptive, Two-Parent Biologiccal, Single-Mother, Stepfather, and Stepmother Households. *Journal of Marriage and Family*, *63*(August), 840–851.
- Laskey, B. J., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships. *Child: Care, Health and Development*, *35*(5), 717–727. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00977.x
- Letcher, P., Smart, D., Sanson, A., & Toumbourou, J. W. (2009). Psychosocial Precursors and Correlates of Differing Internalizing Trajectories from 3 to 15 Years. *Social Development*, *18*(3), 618–646. doi:10.1111/j.1467-9507.2008.00500.x
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(5), 505–20. doi:10.1007/s10802-005-6734-7
- Lewis, T. L., Kotch, J., Wiley, T. R. A., Litrownik, A. J., English, D. J., Thompson, R., Zolotor, A. J., et al. (2011). Internalizing problems: a potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *48*(3), 247–52. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.07.004
- Lindsey, M. A., Hayward, R. A., & DePanfilis, D. (2009). Gender Differences in Behavioral Outcomes Among Children at Risk of Neglect: Findings From a Family-Focused Prevention Intervention. *Research on Social Work Practice*, *20*(6), 572–581. doi:10.1177/1049731509349713
- Lins, T. C. S. (2013). *Práticas educativas maternas e problemas internalizantes em pré-escolares*. Universidade Federal da Bahia.

- Liu, J., Zhou, Y., & Li, D. (2012). School Adjustment and Internalizing Problems in Chinese Adolescents: Implications of Social Change. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *40*(4), 657–666. doi:10.2224/sbp.2012.40.4.657
- Macarini, S. M., Martins, G. D. F., Minetto, M. de F. J., & Vieira, M. L. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *62*(1), 119–134.
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Latva, R., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2012). Predicting internalizing and externalizing problems at five years by child and parental factors in infancy and toddlerhood. *Child psychiatry and human development*, *43*(2), 153–70. doi:10.1007/s10578-011-0255-0
- Marin, A. H., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Tudge, J. R. H. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *17*(1), 5–13.
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M., & Karevold, E. (2009). The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood. *Journal of abnormal child psychology*, *37*(2), 209–22. doi:10.1007/s10802-008-9268-y
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 986–1003. doi:10.1016/j.cpr.2007.03.001
- Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1998). Are behavioural and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal? *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *30*(2), 132–136. doi:10.1037/h0085803
- Nelson, L. J., Hart, C. H., Wu, B., Yang, C., Roper, S. O., & Jin, S. (2006). Relations between Chinese mothers' parenting practices and social withdrawal in early childhood. *International Journal of Behavioral Development*, *30*(3), 261–271. doi:10.1177/0165025406066761
- Overmier, J. B. (2002). Sensitization, conditioning, and learning: can they help us understand somatization and disability? *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*(2), 105–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12004947>
- Pacheco, J. T. B., Silveira, L. M. de O. B., & Schneider, A. M. de A. (2008). Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, *39*(1), 66–73.
- Piccinini, C. A., Marin, A. H., Alvarenga, P., Lopes, R. de C. S., & Tudge, J. R. (2007). Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *12*(2), 109–117.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a



- prospective cohort study of 3-12-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(7), 409–17. doi:10.1007/s00787-006-0548-1
- Pinheiro, M. I. dos S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407–414.
- Rakow, A., Forehand, R., McKee, L., Coffelt, N., Champion, J., Fear, J. M., & Compas, B. E. (2009). The Relation of Parental Guilt Induction to Child Internalizing Problems When a Caregiver Has a History of Depression. *Journal of child and family studies*, 18(4), 367–377. doi:10.1007/s10826-008-9239-5
- Reigada, L. C., Fisher, P. H., Cutler, C., & Warner, C. M. (2008). An Innovative Treatment Approach for Children With Anxiety Disorders and Medically Unexplained Somatic Complaints. *Cognitive and behavioral practice*, 15(2), 140–147. doi:10.1016/j.cbpra.2007.08.003
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 244–52. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.009
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Coplan, R. J. (2002). Social withdrawal and shyness. In P. K. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell's Handbook of Childhood Social Development* (pp. 329–352). Cornwall: Blackwell.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child development*, 73(2), 483–95.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying Attention to and Not Neglecting Social Withdrawal and Social Isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 506–534. doi:10.1353/mpq.2004.0036
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60(c), 141–71. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642
- Rubin, K. H., Root, A. K., & Bowker, J. C. (2010). Parents, Peers, and Social Withdrawal in Childhood: A Relationship Perspective. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 127, 79–94.
- Rubin, K. H., Wojslawowicz, J. C., Rose-Krasnor, L., Booth-LaForce, C., & Burgess, K. B. (2006). The best friendships of shy/withdrawn children: prevalence, stability, and relationship quality. *Journal of abnormal child psychology*, 34(2), 143–57. doi:10.1007/s10802-005-9017-4
- Santiago, C. D., Wadsworth, M. E., & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218–230. doi:10.1016/j.joep.2009.10.008

- Saudino, K. J., Carter, A. S., Purper-Ouakil, D., & Gorwood, P. (2008). The etiology of behavioral problems and competencies in very young twins. *Journal of abnormal psychology, 117*(1), 48–62. doi:10.1037/0021-843X.117.1.48
- Schmitz, S., Fulker, D. W., & Mrazek, D. A. (1995). Problem Behavior in Early and Middle Childhood: An Initial Behavior Genetic Analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(8), 1443–1458. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01674.x
- Silva, M. T. A. (1981). Avanços Recentes em Psicobiologia. *Psicologia: Ciência e Profissão, 1*(1), 61–77.
- Silvares, E. F. M., Rocha, M. M., & Linhares, M. B. M. (2010). *Inventário de Comportamentos de Crianças entre 1 1/2 - 5 anos (CBCL/1½-5). Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 1 ½ -5.* Manuscrito não publicado.
- Skinner, B. F. (1984). The evolution of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 41*(2), 217–21. doi:10.1901/jeab.1984.41-217
- Skinner, B. F. (2003). *Ciencia E Comportamento Humano* (11th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, IX*(1), 129–137.
- Sterba, S. K., Prinstein, M. J., & Cox, M. J. (2007). Trajectories of internalizing problems across childhood: heterogeneity, external validity, and gender differences. *Development and Psychopathology, 19*(2), 345–66. doi:10.1017/S0954579407070174
- Stone, L. L., Giletta, M., Brendgen, M., Otten, R., Engels, R. C. M. E., & Janssens, J. M. a. M. (2013). Friendship similarities in internalizing problems in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly, 28*(2), 210–217. doi:10.1016/j.ecresq.2012.12.003
- Toumbourou, J. W., Williams, I., Letcher, P., Sanson, A., & Smart, D. (2011). Developmental trajectories of internalising behaviour in the prediction of adolescent depressive symptoms. *Australian Journal of Psychology, 63*(4), 214–223. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00023.x
- Van der Valk, J. C., Van den Oord, E. J. C. G., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (2003). Genetic and Environmental Contributions to Stability and Change in Children's Internalizing and Externalizing Problems. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 42*(10), 1212–1220. doi:10.1097/01.chi.0000081824.25107.bb
- Vendlinski, M., Silk, J. S., Shaw, D. S., & Lane, T. J. (2006). Ethnic differences in relations between family process and child internalizing problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 47*(9), 960–9.
- Weber, L. N. D., Selig, G. A., Bernardi, M. G., & Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos Estilos Parentais através das Gerações: transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia (Ribeirão Preto), 16*(35), 407–414.

## Anexo A – Termo de compromisso para escola



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
 Instituto de Psicologia – IPsi  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro, na função de diretor(a) da instituição de ensino \_\_\_\_\_, que me comprometo a reservar e garantir o espaço necessário para a realização do Grupo de Práticas Parentais (GPP), que será oferecido aos pais dessa e de outras escolas, junto com Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFBA (PPGPSI/UFBA).

Entendo que para o bom andamento das atividades, todas as datas reservadas para as sessões do GPP devem ser cumpridas, com a garantia do espaço organizado e em local em que a privacidade e o sigilo dos familiares possam ser mantidos. Os responsáveis pela realização do GPP se comprometem a manter o espaço limpo e organizado, no mesmo estado de conservação em que for entregue a cada sessão.

Por estar ciente e ter concordado com este Termo, o firmo de maneira espontânea, consciente e comprometido com o seu cumprimento.

Salvador-Ba, \_\_\_\_\_ de 2012

Nome do(a) diretor(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) diretor(a): \_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## Anexo B – Convites para os pais

# Convite


 Estamos fazendo uma pesquisa aqui na escola e contamos com a sua participação! Estudamos a difícil tarefa de criar os filhos e o desenvolvimento das crianças. Se você tem um filho ou uma filha com idade entre três e cinco anos e tem interesse de participar, por favor, preencha os dados abaixo para que possamos entrar em contato com vocês. A sua participação é muito importante para nós!
 

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Telefone ou celular: \_\_\_\_\_

Para mais informações, procure a coordenação da escola para entrar em contato com:

Taiane Lins ou João Marcos de Oliveira - Psicólogos e mestrandos em Psicologia do Desenvolvimento, UFBA



# Convite


 Realizaremos uma pesquisa aqui na escola e gostaríamos de contar com você! Estudamos a difícil tarefa de criar filhos e o desenvolvimento de crianças. A pesquisa será realizada a partir de um Grupo de Pais aqui da escola. Se você tem um(a) filho(a) com idade entre 3 e 6 anos, e tem interesse em participar, por favor, preencha os dados abaixo para que possamos entrar em contato com vocês. A sua participação é muito importante para nós!
 

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Telefone e/ou celular: \_\_\_\_\_

Para mais informações, procure a coordenação da escola para entrar em contato com:

João Marcos de Oliveira ou Taiane Lins - Psicólogos e mestrandos em Psicologia do Desenvolvimento, UFBA



## Anexo C – Avisos para murais das escolas



## Mães e Pais

Realizaremos uma pesquisa aqui na escola e gostaríamos de contar com a sua participação! Estudamos a difícil tarefa de criar os filhos e o desenvolvimento de crianças. Se você tem um(a) filho(a) com idade entre 3 e 5 anos, entre em contato com a coordenação ou com Taiane Lins e João Marcos de Oliveira. A sua participação é muito importante para nós!

### Maiores informações

Taiane Lins  
(71) 9211-3978  
lins.taiane@gmail.com

João Marcos de Oliveira  
(71) 9939-7081  
joaomarcosdeoliveira@gmail.com



## Mães e Pais

Realizaremos uma pesquisa aqui na escola e gostaríamos de contar com você! Estudamos a difícil tarefa de criar filhos e o desenvolvimento de crianças. A pesquisa será realizada a partir de um Grupo de Pais aqui da escola. Se você tem um(a) filho(a) com idade entre 3 e 6 anos, procure a coordenação ou João Marcos de Oliveira e Taiane Lins. A sua participação é muito importante para nós!

### Maiores informações

João Marcos de Oliveira  
(71) 9939-7081  
joaomarcosdeoliveira@gmail.com

Taiane Lins  
(71) 9211-3978  
lins.taiane@gmail.com



## Anexo D – Termo de consentimento livre e esclarecido 1



Universidade Federal da Bahia - UFBA  
Instituto de Psicologia - IPsi  
Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Através desse Termo, convido a senhora para participar de uma pesquisa que busca estudar as práticas de criação que as mães utilizam com seus filhos e o desenvolvimento das crianças, já que as práticas de criação podem influenciar o desenvolvimento das crianças.

Qualquer dúvida que tiver sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora e a senhora terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que essa saída implique em algum prejuízo para si ou para seu/sua filho(a). Sua identidade será preservada e se manterá o caráter confidencial de todas as informações dadas. Além disso, essas informações serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa. Ao final do estudo, a senhora será convidada a participar de uma palestra sobre a influência das práticas de criação no desenvolvimento das crianças e sobre os resultados desse estudo. Além disso, caso seu/sua filho(a) apresente problemas no desenvolvimento que mereçam atenção especial a senhora receberá orientação a esse respeito.

A pesquisadora responsável por este Projeto é a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga e os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados são Taiane Lins e João Marcos de Oliveira que podem ser contatos pelos telefones: (71) 9211-3978 e (71) 9939-7081.

Data:     /     /

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Assinatura da mãe: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 Instituto de Psicologia  
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
 MESTRADO E DOUTORADO



### FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### – CONTATO INICIAL –

Nome: \_\_\_\_\_

Quantos anos você tem? \_\_\_\_\_

Até que série você completou na escola? \_\_\_\_\_

Você trabalha? ( ) Sim ( ) Não Se sim, o que faz \_\_\_\_\_

Algum problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Já foi atendido(a) alguma vez por um psicólogo ou psiquiatra? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

O pai da criança vive com você? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Situação conjugal: \_\_\_\_\_ Idade do pai \_\_\_\_\_

Até que série ele completou na escola? \_\_\_\_\_

Ele trabalha? ( ) Sim ( ) Não Se sim, o que ele faz \_\_\_\_\_

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre quem mora na casa

Grau de parentesco com a criança	Idade	Sexo

**Dados da criança**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome da Escola \_\_\_\_\_

Está ou já esteve em atendimento psicológico ou psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

Tem irmãos (especificar, sexo e idade de cada um)?

Idade	Sexo

Qual é a renda familiar (em salários mínimos)?

( ) Até 2

( ) Acima de 2 até 4

( ) Acima de 4 até 6

( ) Acima de 6 até 8

( ) Acima de 8 até 10

( ) Acima de 10

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Alternativa de contato (nome/parentesco): \_\_\_\_\_

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Salvador-BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_



Anexo F – Folheto informativo para a intervenção

### Retorno da pesquisa na Escola \_\_\_\_\_

Algumas crianças:

- ✓ Choram ou choramingam muito
- ✓ São muito preocupadas
- ✓ Têm muito medo
- ✓ São muito tristes
- ✓ Têm dores ou alguns sintomas físicos
- ✓ São muito tímidas ou envergonhas



Muitas vezes algumas dessas coisas aparecem juntas nas crianças e podem continuar ou se agravar quando elas se tornam adolescentes ou adultas. E às vezes podem já estar causando dificuldades e sofrimento para a criança.

Queremos ajudar vocês!

Esses problemas costumam ser tratados por psicólogos e, em casos muito raros, com remédios receitados por médicos.

Nós estamos oferecendo um **Grupo de Pais**.

Com encontros semanais de duas horas e uma pausa para lanches. Os encontros serão com conversas e atividades para que os pais aprendam formas simples e eficazes para ajudar seus filhos.

**Quando vai começar:** 06 de setembro de 2012 às 17h

**Quanto tempo vai durar:** 8 ou 12 encontros

**Quem pode participar:** Pais e mães que foram chamados para esta reunião

**Onde vai acontecer:** \_\_\_\_\_

Contatos:

João Marcos de Oliveira – (71) 3012-7493 / 9939-7081/ [joaomarcosdeoliveira@gmail.com](mailto:joaomarcosdeoliveira@gmail.com)  
 Taiane Lins – (71) 9211-3978 / [lins.taiane@gmail.com](mailto:lins.taiane@gmail.com)

**Muito obrigado pela presença!**

## Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido 2



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
 Instituto de Psicologia - IPsi  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia - PPGPSI



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “Efeitos de uma intervenção com foco nas práticas educativas parentais sobre os problemas internalizantes na infância”. O objetivo desta pesquisa é avaliar o efeito de uma intervenção grupal, direcionada às práticas educativas parentais, sobre os problemas internalizantes na infância. Os problemas internalizantes são reconhecidos em crianças que são ansiosas, tristes ou costumam evitar outras pessoas, em especial colegas. Em alguns casos, esses problemas podem facilitar o surgimento de dificuldades na escola, transtornos de ansiedade e problemas de autoestima e autoconfiança. O grupo de pais pode ajudar na melhoria desses problemas, com a mudança nas relações entre pais e filhos. A intervenção será realizada por João Marcos de Oliveira, psicólogo e autor do projeto, com orientação da Dr.<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga. A intervenção terá oito sessões em grupo, com duração de duas horas cada, uma vez por semana e acontecerão nas dependências da escola \_\_\_\_\_. Ao final, quem participou vai responder aos mesmos questionários que respondeu antes do início do grupo e os resultados serão apresentados aos interessados em encontro a ser marcado posteriormente.

Tenho conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa, em qualquer momento que me interessar. Assim como entendo que terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo e da intervenção que está sendo proposta, sem qualquer penalização ou prejuízo para mim ou meu(minha) filho(a). Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade. Declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo a publicação, para fins exclusivos desta pesquisa, das informações fornecidas por mim.

A pesquisadora responsável por este Projeto é a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Alvarenga e o pesquisador responsável pela intervenção é João Marcos de Oliveira que pode ser contato pelo telefone: (71) 9939-7081.

Data:        /        /

Nome do responsável pela criança: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

## Anexo H – Termo de compromisso para o GPP



Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Instituto de Psicologia - IPsi  
Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que me comprometo a participar do Grupo de Práticas Parentais (GPP), que está sendo oferecido na instituição de ensino \_\_\_\_\_ e pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFBA (PPGPSI/UFBA). Entendo que para o bom andamento das atividades e melhor aproveitamento do programa, devo evitar faltar às sessões, justificando a minha ausência nos momentos em que porventura precisar me ausentar.

Por estar ciente e ter concordado com este Termo, o firmo de maneira espontânea, consciente e comprometido com o seu cumprimento.

Declaro ainda estar ciente que todos os direitos reservados pelos Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos que assinei anteriormente, continuam garantidos.

Data:     /     /

Nome do responsável pela criança: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

## Anexo J – Descrição detalhada das sessões do GPP

### **Fase 1: Habilidades sociais e princípios básicos do comportamento.**

#### **Primeira sessão: apresentação do grupo, do contrato e comportamentos bons e preocupantes.**

A primeira sessão teve como objetivo realizar a apresentação dos integrantes e estabelecer o contrato de convivência e funcionamento do grupo. O primeiro passo foi a apresentação do psicólogo responsável por conduzir as atividades do GPP, com posterior explicação dos objetivos da intervenção e da natureza participativa e sigilosa do grupo. Sobre os objetivos, explicitou-se que, ao final do GPP, seria esperado que os participantes pudessem compreender e intervir sobre alguns dos fatores que provocavam os sintomas internalizantes de seus filhos, reduzindo assim sua frequência. Os membros também foram orientados a respeitar as informações sobre seus demais colegas, evitando divulgá-las ou discuti-las em contexto externo ao grupo. O caráter participativo do grupo foi destacado juntamente com a importância da participação dos cuidadores na promoção do desenvolvimento dos filhos. Desse modo, os participantes foram encorajados a opinar e intervir sobre o andamento das sessões.

Para a apresentação dos membros, os participantes deveriam formarem duplas. Durante 10 minutos, a dupla estabeleceu um diálogo, em que cada membro relatou ao outro seu nome, sua ocupação atual, a motivação para compor o grupo de intervenção e as características de seu filho ou filha. Após esse período, cada componente da dupla se apresentou para o grupo utilizando exclusivamente as informações sobre a vida do seu colega como se fossem de sua própria história de vida, identificando-se, por exemplo, com nome e a profissão do outro participante.

Terminadas as apresentações, o coordenador do grupo esclareceu o contrato. Essa etapa visou a permitir a participação de todos os integrantes na elaboração das normas de convivência e funcionamento do grupo. O psicólogo apresentou sugestões de regras de convivência e os membros concordaram ou discordaram, sugerindo alterações a serem debatidas pelo grupo. As propostas iniciais foram: a) as sessões deveriam ter início em horário definido pelo grupo na primeira sessão, com duração de duas horas e intervalos de 10 minutos; b) o grupo teria como componentes somente aqueles membros presentes no primeiro encontro, de maneira que cada membro se comprometeria a estar presente em todas as sessões e a cumprir as tarefas combinadas, exceto em situações excepcionais; c) seria mantido o

direito dos participantes de abandonar a intervenção em qualquer etapa de sua realização; d) o psicólogo se comprometeria a estar presente, em todas as sessões, e a informar ao grupo qualquer eventualidade; e e) considerando que o sigilo seria essencial para o funcionamento do grupo, os assuntos referentes aos participantes tratados durante as sessões não deveriam ser discutidos com pessoas que não fossem integrantes da intervenção. Novas configurações das normas de convivência e funcionamento do grupo poderiam surgir, entretanto, os itens “c”, “d” e “e” não foram negociáveis, por garantir direitos básicos dos participantes. Decidiu-se pela manutenção de todas as regras apresentadas, exceto pelo item “b”, para contemplar pais interessados no GPP que não puderam comparecer à primeira sessão.

Tarefa de casa: Foram entregues folhas padronizadas contendo uma tabela com duas colunas, nomeadas como “bons comportamentos” de um lado e “comportamentos preocupantes” do outro. Para a segunda sessão, os pais deveriam observar, em casa, ações de seus filhos que considerassem boas ou preocupantes para a convivência familiar e para outros contextos e registrar na folha. Caso alguém tivesse dificuldades para escrever ou mesmo não soubesse escrever, poderia observar em casa e relatar aquilo que conseguisse na sessão seguinte.

**Segunda sessão: comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas.**

Discussão da tarefa de casa: Os participantes expuseram exemplos de bons comportamentos e comportamentos preocupantes de seus filhos e explicaram o processo de observação, descrevendo o tempo e as condições de observação. Esses exemplos funcionaram como oportunidade para o grupo conhecer as características de cada criança e, para o psicólogo, como fonte de futuras referências.

Tema da sessão: Nessa sessão, a comunicação foi abordada a partir de processos envolvendo empatia, expressão de sentimentos e críticas, reconhecimento de erros e pedidos desculpas. Para abordar a temática dessa sessão, cada participante relatou individualmente quais atitudes de seus filhos os incomodavam e demonstraram como costumavam expressar seus sentimentos e críticas, para os filhos, sobre a atitude escolhida. O psicólogo procurou reconhecer inicialmente a dificuldade, para os pais, de expor as práticas intrusivas e coercitivas que possivelmente realizam, uma vez que tais práticas poderiam ser desaprovadas pela comunidade em geral, e especialmente por profissionais da área da saúde.

Durante a atividade, o psicólogo se posicionou no meio de um círculo formado pelos

participantes e representou a criança para a qual os outros deveriam se orientar. Os participantes deveriam demonstrar individualmente como expressavam seus sentimentos e críticas aos seus filhos, dirigindo-se ao psicólogo da mesma forma que fariam com a criança. Após cada fala, a pessoa à direita tentava reconhecer como a situação parecia para o participante anterior e explicitava que compreendia seus sentimentos e suas dificuldades. Essa sequência se estabeleceu inicialmente sem interferência do psicólogo. Era proposto com isso que os pais pudessem demonstrar como costumavam interagir com os filhos em situações aversivas e que também pudessem ser empáticos entre si. Dessa forma, também exercitaram habilidades de empatia e fortalecimento do vínculo grupal.

Após a participação de todos, as situações apresentadas foram discutidas com o objetivo de buscar formas mais eficazes de comunicação com os filhos em ocasiões em que seus comportamentos fossem inadequados ou desagradassem os pais. Os participantes foram orientados a serem empáticos e sinceros com os filhos, da mesma forma como se comportaram com os outros participantes durante a atividade desenvolvida. Outro aspecto que tem destaque nessa sessão é o fato de que o que não agrada os pais é a ação mutável e passageira da criança, e que por isso eles deveriam evitar humilhar ou utilizar rótulos. A prática de explicitar que é a ação o que não agrada e uma postura empática produzem um contexto de respeito e carinho em que o erro é aceito como oportunidade para aprendizagem e mudança. Além disso, destacou-se que, para uma interação empática, é necessário prestar atenção no interlocutor, constituir-se em uma audiência não-punitiva, tentar colocar-se no lugar do interlocutor, compartilhar seus sentimentos e dificuldades e deixar claro que o interlocutor foi compreendido (Falcone, 2008).

No segundo momento, os participantes exercitaram as alternativas discutidas em grupo. Para auxiliar, o psicólogo, no papel da criança, poderia fazer questionamentos ou críticas para o participante. Com isso, criava-se um contexto favorável para expressão e compreensão de sentimentos e críticas, reconhecimento de erros e pedidos de desculpas. Deve-se destacar que a atitude parental de expor seus sentimentos para a criança é importante para o fortalecimento de uma relação de respeito, tendendo a promover um desenvolvimento saudável para seus filhos.

Após a atividade, discutiu-se a hierarquia de poder entre pais e filhos e qual seu impacto nos momentos de diálogo que envolvessem empatia, expressão de sentimentos, opiniões (discordantes ou não) e críticas e pedidos de desculpas. Essa discussão deveria favorecer o entendimento de que uma relação de respeito e empatia entre pais e filhos permite que críticas sejam feitas com cuidados, visando à melhoria do sujeito e/ou da relação. Ainda

assim, os pais mantêm-se em status hierárquico superior, na medida em que dispõem dos recursos necessários à sobrevivência e ao bem-estar da criança. Por isso, faz-se necessário que essa relação hierárquica seja negociada à medida que a criança cresça, oferecendo condições de promoção de autonomia.

Tarefa de casa: Exercitar duas habilidades 1) elogiar um bom comportamento do próprio filho e 2) quando fosse criticar algo que a criança tivesse feito errado ou deixado de realizar, deveria se ater às ações da criança, mantendo o tom de voz como o de uma conversa cotidiana, evitando ofensas e humilhações. Caso ofendesse a criança ou não conseguisse manter o tom de voz, o participante deveria pedir desculpas à criança no momento que achasse adequado. Os episódios deveriam ser registrados em protocolo específico.

### **Terceira sessão: comunicação: conversas e opiniões.**

Discussão da tarefa de casa: Foram discutidas as situações que motivaram os elogios e as críticas, os elogios e as críticas propriamente ditos, as reações das crianças, o que mudariam e os eventuais pedidos de desculpas. Deveria ficar explícito que apesar de a empatia ser uma habilidade essencial para as relações humanas, o contato social exige outras habilidades, tais como iniciar e manter interações verbais de quaisquer tipos, expressar sentimentos e reivindicar direitos.

Tema da sessão: Os processos de comunicação foram discutidos através de estabelecimento de conversas. No início da sessão, o grupo foi disposto em círculo. Em seguida, dois participantes voluntários iniciaram uma conversa sobre assuntos cotidianos e amenos. Durante essa interação, o psicólogo apresentou uma imagem representando um assunto popularmente polêmico, que deveria tornar-se o novo tema da conversa, de maneira que um defendesse o tema e o outro discordasse. Os temas das imagens foram os seguintes: a) tatuagem; b) cirurgia plástica; c) reality shows; d) descriminalização de drogas; e) pena de morte; e f) aborto. Os papéis de defesa ou discordância poderiam ser alternados a partir da solicitação do psicólogo. Após a primeira interação, os participantes procuraram descrever aspectos do comportamento da dupla que facilitassem a iniciação e a manutenção de uma conversa rotineira e de um diálogo com opiniões discordantes. Em seguida, uma nova dupla deveria iniciar o diálogo, adotando os comportamentos facilitadores do diálogo apontados pelo grupo. O mesmo procedimento foi adotado para as demais duplas, e ao final de cada apresentação foram discutidos os efeitos do uso desses recursos.

Após a participação de todos, discutiram-se os sentimentos que foram provocados pela

postura do interlocutor e quais as dificuldades de cada interação. Em seguida os participantes foram solicitados a refletir sobre os mesmos aspectos, porém, com relação à comunicação estabelecida com seus filhos, destacando quais seriam os possíveis impactos para o desenvolvimento infantil de manter diálogos cotidianamente e respeitar as opiniões dos filhos. A discussão foi finalizada com o levantamento de estratégias para contornar as dificuldades presentes em um diálogo com a criança, principalmente aquele que envolve opiniões discordantes, visando a garantir os direitos de todos os envolvidos.

Tarefa de casa: Assistir um filme, programa ou disputa esportiva com a criança e estimulá-la a expressar suas opiniões, exercitando as novas habilidades de comunicação aprendidas na sessão.

#### **Quarta sessão: bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças e suas consequências: a importância do reforço positivo.**

Discussão da tarefa de casa: A tarefa de casa da sessão anterior foi uma proposta para que os pais começassem a exercitar novas formas de conversar com seus filhos, principalmente respeitando suas opiniões e escolhas. A discussão da tarefa de casa envolveu descrições das tentativas implementadas, dos sentimentos que a experiência despertou nos pais, bem como do êxito e das dificuldades percebidas.

Tema da sessão: O tema desenvolvido esteve relacionado aos comportamentos bons e preocupantes da criança do ponto de vista dos pais, às funções desses comportamentos e a forma como o procedimento de reforçamento positivo poderia alterar esses comportamentos. Para nomear essa sessão, optou-se por não utilizar os termos “comportamento adequado” e “comportamento inadequado”, usualmente empregados em pesquisas sobre problemas de comportamento em geral, pois não oferecem um referencial apropriado para os problemas internalizantes. Como exemplo, os pais podem considerar adequada uma baixa frequência de contatos sociais por parte dos filhos. Por outro lado, a verbalização, por parte da criança, de suas vontades pode ser considerada inadequada. As expressões escolhidas – bons comportamentos e comportamentos preocupantes – oferecem oportunidade para os pais relatarem quais suas preocupações sobre seus filhos.

Nessa sessão, os rótulos “bons comportamentos” e “comportamentos preocupantes das crianças”, fazem referência aos conceitos de excessos, déficits e reservas comportamentais. O excesso comportamental refere-se a uma classe de respostas consideradas problemáticas pelo sujeito ou outro informante e que ocorre com frequência, intensidade ou duração altas, ou



ainda, em contextos sociais impróprios. O déficit comportamental refere-se a uma classe de respostas que não ocorre com suficiente frequência, que não apresenta intensidade ou topografia adequada, ou ainda que não ocorrem nos contextos previstos. Por fim, a reserva comportamental refere-se a comportamentos percebidos pelos pais como bons, desejados ou adequados, sendo atividades socialmente adequadas que a criança realiza usualmente. A reserva comportamental tende a ser utilizada como recurso terapêutico, facilitando a aquisição de novos repertórios (Kanfer, & Saslow, 1976).

Todos os participantes receberam tiras de papel com fita adesiva dupla face no verso. Nessas tiras, registraram exemplos de bons comportamentos e comportamentos preocupantes. Posteriormente, as tiras de papel foram afixadas, em um mural, dividido em duas colunas, uma reservada para os bons comportamentos e a outra para os comportamentos preocupantes. Esse recurso procurava facilitar o reconhecimento, pelos pais, de topografias similares dos comportamentos das crianças, permitindo que os pais reconhecessem que o cotidiano dos outros participantes poderia ser semelhante ao seu, incentivando assim a adesão ao grupo e o compartilhamento das experiências positivas e negativas com seus filhos. A frequência de relatos de comportamentos preocupantes relacionados com problemas internalizantes foi confrontada com a frequência de relatos de bons comportamentos. Ao longo desse procedimento, abordou-se a importância de se observar bons comportamentos da criança para um adequado posterior reforçamento.

Em seguida, foram distribuídas novas tiras de papel nas quais os pais deveriam descrever suas respostas frente aos comportamentos das crianças descritos na etapa anterior. As novas tiras foram afixadas no cartaz ao lado de cada comportamento infantil correspondente. Com o cartaz finalizado, os pais procuraram analisar as contingências expostas com auxílio do psicólogo, considerando as implicações dos tipos de consequências apresentadas, com destaque para os reforçadores positivos. A discussão envolveu aspectos necessários para um procedimento de reforçamento positivo de comportamentos adequados, bem como a importância de identificar os contextos em que se deve evitá-lo. Nesse sentido, explicitou-se que os pais deveriam se utilizar de maneiras genuínas e naturais de reforçamento, que são mais favoráveis e eficazes. Também deveriam refletir sobre o efeito punitivo da “invalidação do reforço positivo”, que pode ocorrer quando ele é apresentado junto com críticas ou outras práticas de caráter aversivo. Para facilitar a abordagem dessa temática, noções de modelagem também foram apresentadas, como o uso de reforçamento positivo e extinção aliado a aproximações sucessivas do comportamento-alvo (Moreira & Medeiros, 2007). Através dessa discussão introduziu-se, com uma linguagem acessível e de

maneira introdutória, o conceito de seleção por consequências. Esse conceito foi abordado para embasar as intervenções do GPP e a análise dos seus efeitos sobre o comportamento infantil.

Tarefa de casa: Os pais deveriam elogiar ou apresentar, de forma consistente e contingente, algum tipo de consequência reforçadora positiva para um dos comportamentos adequados de seus filhos e observar seu efeito. O grupo escolheu comportamentos-alvo do reforçamento que fossem alternativos aos sintomas internalizantes predominantes dentre os comportamentos das crianças e que fossem a principal queixa da família. Por exemplo, uma das escolhas foi dividir brinquedos com colegas, em oposição a brincar sozinho na presença de pares.

### **Fase 2: Práticas educativas parentais.**

#### **Quinta sessão: práticas educativas parentais intrusivas.**

Discussão da tarefa de casa: Como a Fase 2 envolveu diretamente as práticas educativas parentais, a discussão da tarefa de casa abarcou o papel do reforçamento positivo de comportamentos adequados da criança enquanto uma prática facilitadora. Para tanto, os participantes relataram a experiência de elogiar comportamentos adequados dos filhos de forma consistente e contingente.

Tema da sessão: O objetivo dessa seção foi tratar sobre as características e os efeitos das práticas educativas intrusivas. Para facilitar a discussão, os pais organizaram-se em duplas e confeccionaram cartões de mensagens para seus filhos. Antes da elaboração do cartão, foram sorteadas as atribuições de quem confeccionou e quem ofereceu opiniões para a confecção, assim como orientações de como proceder. Um participante foi orientado a elaborar o cartão e a agir de maneira que restringisse a expressão verbal e invalidasse os sentimentos e opiniões do outro participante. O segundo participante foi orientado a dar suas opiniões e sugestões sempre que achasse necessário. Com o término do cartão, foram discutidas as sensações de se estar engajado em uma interação na qual suas opiniões são rejeitadas e que sua expressão de ideias é desencorajada.

Após a reflexão anterior, as duplas retornaram à elaboração de um novo cartão de maneira colaborativa. O participante que teve suas opiniões ignoradas pôde contribuir na confecção. Dessa forma, os pais puderam exercitar práticas alternativas às práticas intrusivas. Ao final, os pais discutiram quais foram as sensações de trabalhar de maneira colaborativa, de ter suas ideias aceitas e de ter participado do trabalho em grupo. Os prejuízos potenciais das práticas intrusivas para o desenvolvimento das crianças foram discutidos, abordando tanto os

sentimentos da criança, quanto as possibilidades de a criança se engajar em novas atividades com pais que interagem de maneira intrusiva. Essa discussão ultrapassou a faixa etária atual dos filhos e considerou outras fases do desenvolvimento.

Tarefa de casa: A dupla adulto-criança deveria planejar conjuntamente uma apresentação sobre a família. O planejamento foi um momento para que os pais e mães criassem condições de expressão e validação de opinião, opondo-se ao padrão de práticas educativas intrusivas. A apresentação foi filmada (em qualquer dispositivo como *webcam*, máquina fotográfica ou celular), tendo a criança como responsável pela apresentação em frente à câmera daquilo que foi planejado e elaborado pela dupla.

### **Sexta sessão: práticas educativas parentais indutivas, controle assertivo e consistência das práticas.**

Tarefa de casa: Todas as filmagens resultantes da tarefa de casa da sessão anterior foram assistidas em sequência. Foi realizada a discussão após a exibição de todos os vídeos, possibilitando a identificação de semelhanças e diferenças entre as famílias. Os participantes puderam avaliar seu próprio comportamento e o do filho, assim como os vídeos dos outros participantes, com base nas habilidades aprendidas nas sessões anteriores.

Tema da sessão: Para vivência e treinamento de aspectos envolvidos em práticas educativas indutivas e controle assertivo, apresentou-se para o grupo uma série de imagens de crianças em diferentes situações. As imagens representavam contextos em que o comportamento da criança poderia produzir algum prejuízo para si ou para outras pessoas, destacando comportamentos típicos de crianças com problemas internalizantes, tais como agir de maneira infantil para a idade, não comer bem e não responder quando outra pessoa inicia uma conversa.

Individual e alternadamente, os participantes dialogaram sobre como costumavam conduzir ou como conduziriam a situação caso acontecesse com seus filhos. Na segunda etapa da atividade, os participantes foram orientados a planejar estratégias alternativas para a condução da situação utilizando as seguintes práticas: a) explicações das consequências da ação da criança para outras pessoas e para si mesma (práticas indutivas) e b) comandos, ordens ou proibições diretas, claras e precisas (controle assertivo). O psicólogo esclareceu os efeitos positivos das práticas indutivas e do controle assertivo em oposição aos efeitos negativos das práticas coercitivas. Tanto as práticas indutivas, quanto o controle assertivo oferecem oportunidades para a criança questionar, argumentar e contra-argumentar, cabendo

aos pais fomentar o diálogo e explicitar os motivos de suas decisões e reações ao comportamento da criança. O papel do grupo nesse processo foi o de avaliar se as estratégias apresentadas pelos colegas correspondiam às novas habilidades aprendidas durante a sessão. Quando práticas coercitivas fossem apresentadas como estratégias para lidar com o comportamento da criança, o grupo deveria propor alternativas não-coercitivas. As alternativas poderiam considerar outras práticas além das indutivas, demonstrando aos participantes que as práticas facilitadoras do desenvolvimento podem ser utilizadas em conjunto. Nessa fase da atividade, também foram discutidas as dificuldades e as formas bem sucedidas de manter uma comunicação eficiente e respeitosa com o outro cuidador e com a criança. Durante a discussão, também foi tratado o papel da consistência das práticas. A importância da consistência é a de oferecer um ambiente estável e previsível para os filhos (Teixeira, Oliveira, & Wottrich, 2006). Desse modo, as práticas exercitadas durante as sessões deveriam continuar de modo consistente na relação dos pais com seus filhos e entre os cuidadores.

Tarefa de casa: Quando a criança fizesse algo considerado errado ou perigoso, cada pai deveria perguntar para o(a) filho(a) se ele(a) sabia o que pode acontecer para si e para os outros em decorrência do ato considerado errado ou perigoso. Caso a criança não soubesse, o pai ou a mãe deveria explicar quais as consequências do ato para a própria criança e para os outros. Além de realizar a tarefa de casa, os pais deveriam levar ao grupo, na sessão seguinte, um objeto que remetesse a alguma lembrança, de preferência fotos, que facilitassem e ilustrassem o relato sobre o relacionamento com seus próprios pais durante a infância e a adolescência. Esse objeto seria utilizado para desenvolver o tema da sétima sessão.

### **Sétima sessão: monitoramento do comportamento da criança, responsividade e flexibilidade parentais na relação com filhos.**

Discussão da tarefa de casa: Como continuidade da tarefa de casa passada na sexta sessão, os pais relataram se seus filhos haviam demonstrado ou não conhecer as consequências dos próprios comportamentos. Com isso, o grupo teve condições de discorrer sobre a capacidade da criança para descrever os contextos em que ela está inserida, especialmente no que concerne às consequências do seu comportamento. Essa reflexão permitiu que os pais ajustassem suas expectativas quanto ao conhecimento dos filhos em relação às implicações de seus comportamentos.

Tema da sessão: Nessa sessão, o tema abordado envolveu o monitoramento, a

responsividade e a flexibilidade dos pais, que são práticas que exigem atenção dos pais aos desejos e necessidades dos filhos. O material referente à infância ou adolescência dos participantes foi tratado de maneira que possibilitasse o compartilhamento de memórias e relatos. Seu objetivo foi reconhecer a transmissão intergeracional de práticas educativas, a efetividade dessas práticas no contexto atual e as práticas vivenciadas pelos pais na própria infância, que eles gostariam de alterar, assim como aquelas consideradas importantes e eficazes.

Antes dos relatos dos pais sobre a própria infância, uma história foi contada para exemplificar os conceitos de responsividade e flexibilidade parentais e monitoramento, que seriam trabalhados durante a sessão. O conceito de responsividade parental enquanto o conjunto de atitudes contingentes aos desejos e às necessidades da criança, identificados a partir do comportamento da mesma (Piccinini, Marin, Alvarenga, Lopes, & Tudge, 2007) foi esclarecido e discutido com os participantes. Do mesmo modo, o monitoramento foi definido como a habilidade de conhecer a localização e as atividades da criança, assim como garantir a segurança dos filhos, de modo que estejam em ambientes com supervisão de adultos (Fisher, Leve, O'Leary, & Leve, 2003). A história relatada aos pais foi a seguinte:

Os pais de Diego haviam se separado recentemente. O pai do menino havia esquecido, na casa, uma touca de lã que usava para andar de moto nos dias frios (um tipo de touca que cobre todo o rosto, e que possui aberturas apenas nos olhos e no nariz). Em um dia quente do verão, Diego queria ir brincar no play com a touca. Sua mãe explicou-lhe que estava muito quente para usar uma touca de lã, que os outros meninos iam achar estranho, mas Diego insistia em ficar com ela. Mãe: “Eu sabia que ele ia sentir calor, que as mães e as crianças no play iam estranhar, iam pensar ‘que mãe louca que deixa a criança sair desse jeito’. Mas eu entendi que ele ‘tava’ sentindo a falta do pai e que naquele momento era importante ele poder ficar com a touca. Então dei bastante água pra ele ficar hidratado e deixei ele brincar assim mesmo. Eu via o suor escorrer pelo pescoço dele, mas acho que eu fiz o que era melhor.” (Alvarenga, 2006, pp. 317-318).

Após o relato, os participantes foram questionados quanto aos motivos para a mãe agir da forma como o fez na história. Além disso, também se indagou quais pessoas, em sua infância, os haviam tratado de maneira responsiva. Os relatos de história de vida foram estimulados para que os participantes pudessem compartilhar e comparar os sentimentos relacionados às suas infâncias e às práticas educativas de seus próprios pais. Os participantes foram estimulados a recorrer aos objetos levados para a sessão durante os relatos. Assim,

pôde-se discutir o contexto social em que foram criados e o contexto atual, examinando mudanças e características estáveis das práticas parentais e das necessidades das crianças nas diferentes gerações. Adicionalmente, discutiu-se o papel do envolvimento parental. Nesse ponto, os participantes foram levados a refletir sobre os momentos que passaram com seus filhos que não envolveram cobrança de desempenho e que fossem prazerosos para ambos. Caso não soubessem relatar, seriam identificadas atividades que pudessem realizar de acordo com essa proposta de envolvimento.

Tarefa de casa: Os participantes deveriam identificar alguma pessoa de seu convívio ou personagem de televisão, livros ou filmes que fosse responsivo com as pessoas ao seu redor e fazer uma descrição do comportamento dessa pessoa ou personagem para a sessão seguinte.

### **Oitava sessão: incentivo à resolução de problemas e à autonomia da criança.**

Discussão da tarefa de casa: A tarefa de casa da sessão anterior teve como objetivo tornar o participante ainda mais atento às características de pessoas responsivas. Ao expor as características da pessoa ou personagem escolhido, o participante deveria destacar seus comportamentos responsivos e o impacto desses comportamentos sobre as outras pessoas.

Tema da sessão: O foco dessa sessão foi a discussão e o exercício de habilidades de incentivo à resolução de problemas e promoção de autonomia da criança. A presente temática, assim como a da sessão anterior, constituiu-se enquanto uma alternativa às práticas parentais intrusivas frequentemente associadas com o desenvolvimento de problemas internalizantes. Esperava-se encontrar, nessa sessão, relatos de dificuldade em utilizar tais práticas que foram discutidas e trabalhadas pelo grupo.

Inicialmente, explicou-se que uma estratégia de resolução de problemas envolve cinco passos sucessivos: a) identificação do problema; b) levantamento de alternativas de soluções; c) tomada de decisão; d) implementação da solução escolhida; e) avaliação das consequências da solução escolhida (Dobson & Dobson, 2010). Após essa explicação, o psicólogo solicitou aos participantes que o auxiliassem na resolução de um problema fictício. Esse problema foi apresentado através de uma história: “Fomos convidados para o aniversário de uma amiga no sábado. Na sexta-feira, eu e minha filha separamos e arrumamos a roupa que ela usaria na festa. No sábado de manhã, um amigo em comum disse que ele não queria aparecer sozinho na festa e nos ofereceu carona. Ele disse para não nos preocuparmos com horário, pois ele não tinha hora para chegar e nem para sair. À noite, quando estávamos perto da hora da festa, e

quase prontos, minha filha disse que o sapato que ela escolheu tinha sumido. Apesar de procurarmos, não conseguíamos achar o sapato”. O auxílio para encontrar uma solução deveria seguir os cinco passos de resolução de problemas listados anteriormente.

Após a discussão do problema fictício, os participantes foram orientados a listar dificuldades ou problemas enfrentados por seus filhos em algum aspecto do cotidiano. Para facilitar o registro, alguns exemplos de dificuldades foram oferecidos, tais como: a) conflitos com colegas na escola; b) um colega que quebra seus brinquedos, pedir um brinquedo novo; c) dificuldades na tarefa de casa; d) ter que escolher somente um brinquedo para levar para a escola. Outras dificuldades poderiam ser apresentadas pelos integrantes do grupo. Após a listagem dos problemas dos filhos, cada participante foi solicitado a escolher um deles para trabalhar durante a atividade. Em duplas, os participantes se alternaram na apresentação da dificuldade da criança. Nesse momento, cada dupla deveria planejar em conjunto como auxiliariam a criança na resolução do problema. As etapas de identificação, alternativas de solução, tomada de decisão, implementação e avaliação foram novamente apresentadas. Com o término de cada situação, as estratégias foram avaliadas e, ao fim, foram destacadas as vantagens do incentivo à resolução de problemas e a importância do uso desse tipo de estratégia para estimular o desenvolvimento da autonomia na criança. Além desses aspectos, as desvantagens das práticas intrusivas foram retomadas.

Encerramento do Programa: Para encerramento das atividades, os participantes receberam um pequeno enfeite com uma única frase, com o objetivo lembrá-los das atividades desenvolvidas no GPP (“*atenção e carinho é o melhor caminho*”). O psicólogo enfatizou a importância de que o enfeite ficasse em um lugar visível da casa para cumprir o objetivo de lembrá-los de persistir no emprego das novas habilidades adquiridas ao longo da intervenção.