

CYNTHIA BORGES DE MOURA

**Efeitos do *vídeo feedback* na orientação de mães de
pré-escolares com comportamento opositor**

São Paulo

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CYNTHIA BORGES DE MOURA

**Efeitos do *vídeo feedback* na orientação de mães de
pré-escolares com comportamento opositor**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau
de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientadora: Prof. Dra. Edwiges Ferreira de
Mattos Silveiras.

São Paulo

2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Moura, Cynthia Borges de.

Efeitos do *vídeo feedback* na orientação de mães de pré-escolares com comportamento opositor / Cynthia Borges de Moura; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silves. -- São Paulo, 2007.

165 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Treinamento de pais 2. Feedback 3. Crianças em idade pré-escolar 4. Agressividade I. Título.

HQ10

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cynthia Borges de Moura

Efeitos do *vídeo feedback* na orientação de mães de pré-escolares
com comportamento opositor

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau
de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras – Universidade de São Paulo, SP.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Sônia Beatriz Meyer – Universidade de São Paulo, SP.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Luiza Marinho – Universidade Estadual de Londrina, PR.

Assinatura: _____

Dra. Jaíde Aparecida Gomes Regra – Consultório Particular, São Paulo, SP.

Assinatura: _____

Profa. Dra. Vera Lucia A. Raposo do Amaral – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra Edwiges Ferreira de Mattos Silvares, por me acolher e acreditar em mim como pesquisadora, acompanhando, orientando e apoiando a realização deste trabalho.

À Profa. Jaqueline Aparecida Raminelli do Departamento de Estatística Aplicada da UEL e à Patrícia Guilhem de Almeida Ramos, pelo grande auxílio prestado na realização das análises estatísticas dos resultados desta pesquisa.

Às minhas colegas de departamento, Dra. Maria Luiza Marinho e Dra. Maura Alves Nunes Gôngora, pela disposição em me auxiliar, fornecendo importantes sugestões teóricas e metodológicas a condução da pesquisa e a redação da tese.

À minha “mestra-amiga-terapeuta” Fátima Cristina de Souza Conte, que muito colaborou com o bem-estar necessário ao andamento deste trabalho e com idéias preciosas para sua conclusão.

À minha querida mãe, Dulce Borges de Moura, pela revisão ortográfica e gramatical deste trabalho.

À equipe do setor de referência da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina, em especial à Olga e Maria Aparecida, pela presteza na localização de artigos e na revisão da normalização da tese.

À Marina Monzani da Rocha, que à distância, mas com muita presteza, colaborou com a correção computadorizada da avaliação comportamental das crianças do estudo.

Às minhas colaboradoras de pesquisa, Aline da Silva Oliveira, Ana Claudia Paranzini Sampaio, Anita Colletes Bellodi, Annie Catharine Wielewicki Bueno, Ângela Briganó, Carla Campana, Daniele Pedrosa Fioravante, Evelise Martinelli Maciel, Fernanda Marques Jacovozzi, Gabriela Galvão Julio de França, Kamila Alves da Silva, Leidiany Cristina da Silva e Ligia Tristão Casanova, que primaram pela fidelidade ao protocolo de pesquisa, pela ética com os clientes e pela organização dos dados. Quero expressar minha gratidão e meu reconhecimento ao trabalho delas, sem as quais eu não teria realizado esse estudo. Lembrarei sempre com carinho e saudade do nosso trabalho juntas. Sucesso a todas!

E finalmente, ao meu esposo Gerson, e minha filhinha Laís, que corajosamente “sobreviveram ao doutorado da mamãe”, se virando na minha ausência, e colaborando para que essa jornada fosse o menos árdua possível. Amo vocês!

Moura, C. B. (2007). **Efeitos do *vídeo feedback* na orientação de mães de pré-escolares com comportamento opositor**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, SP.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito do procedimento de *vídeo feedback* na orientação verbal de mães de crianças pré-escolares, com problemas de comportamento opositor, quanto à produção de mudanças no comportamento das mães de reforçar diferencialmente o comportamento de seus filhos. Pretendeu-se verificar se o uso do procedimento de *vídeo feedback* na orientação das mães produz ou não resultados que otimizem a relação custo/benefício em comparação com a mesma orientação realizada de modo apenas verbal. A metodologia consistiu de um delineamento de grupo, em que as mesmas medidas foram realizadas para dois grupos: orientação verbal (GV) e orientação por *vídeo feedback* (GVF) com 10 duplas mãe e criança em cada grupo, perfazendo um total de 20 mães participantes. As crianças foram selecionadas mediante escores clínicos para comportamento opositor nos instrumentos padronizados e as mães mediante escores não-clínicos para depressão e ajustamento conjugal. Medidas observacionais repetidas da interação de cada dupla mãe e filho de ambos os grupos foram tomadas antes da intervenção, após a primeira e após a segunda sessão de intervenção, por meio de gravações em vídeo de sessões de brincadeira livre durante vinte minutos. Cada interação era categorizada e, em sessão posterior, cada mãe recebia orientação detalhada com base nos dados quantitativos e situacionais obtidos desta análise. A intervenção consistiu de três sessões de orientação, precedidas pelas sessões de gravação em vídeo, durante a qual os dois grupos receberam as mesmas instruções sobre como fazer uso do reforçamento diferencial para obter mudanças no comportamento da criança. A única diferença entre os grupos foi quanto ao uso do *vídeo feedback*. No GVF as mães recebiam as orientações assistindo no vídeo seu desempenho na sessão lúdica precedente, e no GV a orientação foi realizada nos mesmos moldes, apenas verbalmente. Medidas de seguimento foram realizadas, um mês, três meses e um ano depois. Os resultados mostraram que o grupo de orientação por *vídeo feedback* obteve resultados superiores na avaliação pós-intervenção quanto aos ganhos médios do grupo em mais de 80% das variáveis analisadas. Obteve também um maior número de casos que alcançaram níveis de melhora na análise da significância clínica. Nos seguimentos de um mês e três meses, os resultados entre os grupos não diferiram significativamente. Porém, na avaliação realizada um ano depois, as mães do grupo de orientação por *vídeo feedback* tenderam a manter resultados acima dos obtidos na avaliação pré-intervenção, enquanto as mães do grupo de orientação verbal tenderam a retornar aos padrões anteriores de manejo do comportamento da criança. A orientação por meio do *vídeo feedback* produziu na amostra estudada mudanças comportamentais de maior magnitude e que tenderam se manter por mais tempo do que as mudanças obtidas no comportamento das mães orientadas apenas verbalmente. Supõe-se que, por permitir que as mães visualizem sua interação com seu filho e recebam *feedback* contingente ao comportamento que esta sendo observado, este procedimento produza uma aprendizagem mais efetiva das habilidades necessárias ao manejo do comportamento da criança, com conseqüente melhora dos problemas apresentados.

Palavras-chave: treinamento de pais, vídeo feedback, crianças em idade pré-escolar, comportamento opositor.

Moura, C. B. (2007). **The effects of *video feedback* on training mothers of preschool children with oppositional behavior problems.** Doctoral Thesis. Universidade de São Paulo, SP.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effect of *video feedback* on the verbal training of mothers of preschool children with oppositional behavior problems, to produce changes in their use of differential reinforcement to manage disruptive child behavior. It also verifies whether *video feedback* training optimizes the cost-benefit relationship when compared with verbal training only. The methodology consisted of a group design, with 20 participants divided into two groups, Verbal Training (VT) and *Video Feedback* Training (VFT), with 10 mother-child dyads in each group. Children were selected according to their clinical scores on oppositional behavior based on standardized instruments, and mothers according to their non-clinical scores on depression and marital adjustment. Repeated observation measurements of each mother-child interaction from both groups were made before intervention and after the first and second intervention sessions, during a 20-minute videotaped free play session. Each interaction was categorized, and, later each mother received detailed instructions based on the quantitative and situational data obtained from the videotape analysis. Intervention consisted of three instructional sessions followed by videotaping sessions, during which both groups were instructed on how to use different reinforcements to change the child's behavior. The only difference between the groups was related to the use *video feedback*. During VFT, mothers received instructions by watching their performance on video during a free play session, while during VT, mothers were instructed verbally only. Follow-up assessments were carried out one month, three months, and one year later, respectively. Results from the *video feedback* (VFT) group were more positive than those from the post-intervention evaluation regarding group mean improvements in more than 80% of the variables analyzed. In addition, the clinical significance analysis showed that most cases in this group reached levels of improvement. Differences on results between the two groups were not significant after the one and three months follow-ups. However, the follow-up carried out one year later showed that mothers from the VFT group tended to maintain the good results than those obtained during the pre-intervention evaluations, while mothers from the VT group tended to return to the previous child management behavior patterns. In conclusion, *video feedback* training, in the sample studied, brought about bigger behavioral changes and higher maintenance levels than those found with mothers who received verbal instructions only. Findings from this study suggest that, by watching their interactions with their children on video, and by receiving the psychotherapist's feedback at the same time, mothers will develop the necessary behavior management skills, and, consequently, produce changes in their children's behavior.

Key words: parents training; video feedback; preschool children; oppositional behavior.

MOURA, C. B. (2007) **Effets de la *video feedback* sur l'orientation des mères des préscolaires avec un comportement opposant**. Thèse de doctorat. Université de São Paulo.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'effet de la conduite de la *video feedback* sur l'orientation verbale de mères d'enfants préscolaires, avec la plainte du comportement opposant, en tout ce qui concerne la production de changements de comportement des mères en renforçant la grande différence de comportement de leurs fils. On a vérifié l'usage de la conduite de la *video feedback* dans l'orientation des mères si produit ou non des résultats qui reconnaissent la relation coût/bienfait en comparaison avec la même orientation réalisée de manière tout juste verbale. La méthodologie a constitué d'une ébauche du groupe, sur lesquelles les mêmes proportions ont été réalisées par deux groupes: orientation verbale (GV) et orientation par *video feedback* (GVF) avec 10 doubles de mères et d'enfants dans chaque groupe, en faisant un total de 20 mères participants. Les enfants ont été sélectionnés parmi des scores cliniques par comportement opposant dans des instruments padronisés et les mères parmi des scores pas-cliniques pour la déprime et l'adaptation conjugal. Les démarches observables répétées de l'interaction de chaque double mère et fils de deux groupes ont été prises avant l'intervention, après la première et après la seconde session d'intervention, à travers des enregistrements en vidéo des sessions de plaisanterie libre pendant vingt minutes. Chaque interaction était catégorisée et, dans la prochaine session, chaque mère recevait une orientation détaillée basée dans les données quantitatives et situationnelles obtenus de cette analyse. L'intervention a été constituée de trois sessions d'orientation, précédées par des sessions d'enregistrement de la vidéo, pendant laquelle les deux groupes ont reçu les mêmes instructions sur comment faire l'usage du renforcement différentiel pour obtenir des changements au comportement de l'enfant. La seule différence entre les groupes a été l'usage de la *video feedback*. Au GVF les mères recevaient les orientations en voyant la vidéo leur performance dans la session ludique précédente et, au GV l'orientation a été réalisée dans les mêmes formats, seulement le verbal. Des proportions de poursuite ont été réalisées, un mois, trois mois et une année après. Les résultats ont montré que le groupe d'orientation par la *video feedback* a obtenu des résultats supérieurs dans l'évaluation pós-intervention par rapport aux gains moyens du groupe en plus de 80% des variables analysés. Ils ont montré aussi un plus grand nombre de cas qui ont atteint des niveaux d'amélioration dans l'analyse de la signification clinique. À la suite d'un mois et trois mois, les résultats entre les groupes ne sont pas différenciés significativement. Cependant, dans l'évaluation réalisée un an après, les mères du groupe orientées par la *video feedback* ont tendu à maintenir des résultats au-dessus de ceux qui ont été obtenus dans l'évaluation pré-intervention, tandis que les mères du groupe d'orientation verbale ont tendu à reprendre les modèles antérieurs des managements du comportement de l'enfant. L'orientation à travers la *video feedback* a produit dans l'échantillon étudié des changements de comportement de la plus grande magnitude et ont tendu rester plus longtemps que les changements obtenus dans le comportement des mères orientées à peine verbalement. On suppose qu'en permettant que les mères visualisent leur interaction avec leur fils, et en recevant le feedback contingent au comportement qui est en train d'être observé, ce procédé produit un apprentissage plus effectif des habiletés nécessaires au maniement du comportement de l'enfant, avec une amélioration conséquente des problèmes présentés.

Mots-clé: orientation des parents, video feedback, enfants en âge préscolaire, comportement opposant.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização das mães que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo	45
Tabela 2.	Caracterização das crianças que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo	45
Tabela 3.	Comparação entre as características iniciais das mães e das crianças que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo	64
Tabela 4.	Comparação entre as frequências médias de elogios descritivos, elogios genéricos e críticas de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês	65
Tabela 5.	Comparação entre os resultados médios obtidos no QSD por ambos os grupos na avaliação pré, pós e seguimento de um e três meses	66
Tabela 6.	Comparação entre os resultados médios obtidos no CBCL por ambos os grupos na avaliação pré e seguimento de um e três meses	67
Tabela 7.	Comparação entre os resultados médios obtidos por ambos os grupos quanto à responsividade das mães e das crianças, e da proporção elogios por críticas das mães, durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês	68
Tabela 8.	Número de casos por grupo que na avaliação de seguimento de um ano apresentam resultados que indicam manutenção das melhoras ou retorno aos valores obtidos na avaliação pré-intervenção	106
Tabela 9.	Comparação entre os grupos quanto às médias do total de dias em que executaram a tarefa de casa	107
Tabela 10.	Comparação entre os grupos quanto ao escore total no instrumento de satisfação do consumidor (TAI)	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Freqüência média de ocorrência de elogios descritivos das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês	70
Figura 2.	Freqüência média de ocorrência de elogios genéricos das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês	71
Figura 3.	Freqüência média de ocorrência de críticas/ restrições das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês	72
Figura 4.	Comparação entre os resultados médios obtidos no QSD por ambos os grupos na avaliação pré, pós e seguimento de um e três meses quanto ao número de situações-problema e a intensidade atribuída aos problemas enfrentados em cada situação	73
Figura 5.	Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL quanto ao Funcionamento Global	74
Figura 6.	Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL em Problemas Externalizantes	75
Figura 7	Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL na síndrome Comportamento Agressivo	75
Figura 8.	Comparação entre os resultados obtidos por ambos os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança nas três interações realizadas e no seguimento de um mês	76
Figura 9.	Comparação entre as freqüências médias de elogios e críticas das mães ao comportamento de seus filhos, em ambos os grupos, nas três interações realizadas e no seguimento de um mês	77
Figura 10.	Gráfico-modelo para compreensão da apresentação dos dados de significância clínica conforme a proposta de Jacobson e Truax (1991).....	80
Figura 11.	Dispersão dos dados referentes à freqüência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria elogio descritivo	81
Figura 12.	Dispersão dos dados referentes à freqüência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria elogio descritivo	82

Figura 13.	Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria elogio genérico	83
Figura 14.	Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria elogio genérico.....	83
Figura 15.	Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria <i>críticas/restrições</i>	84
Figura 16.	Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria <i>críticas/restrições</i>	85
Figura 17.	Dispersão dos dados referentes ao número de situações-problema no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e pós-orientação	86
Figura 18.	Dispersão dos dados referentes ao número de situações-problema no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.....	87
Figura 19.	Dispersão dos dados referentes ao número de situações-problema no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.....	87
Figura 20.	Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD para cada criança de ambos os grupos na comparação das avaliações pré e pós-orientação.....	88
Figura 21.	Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD para cada criança de ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês	89
Figura 22.	Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses	89
Figura 23.	Dispersão dos escores totais no CBCL (Funcionamento Global) em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.....	90
Figura 24.	Dispersão dos escores totais no CBCL (Funcionamento Global) para cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.....	91
Figura 25.	Dispersão dos escores no CBCL para problemas externalizantes de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.	91

Figura 26.	Dispersão dos escores no CBCL para problemas externalizantes de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.	92
Figura 27.	Dispersão dos escores no CBCL para o comportamento agressivo de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.	93
Figura 28.	Dispersão dos escores no CBCL para o comportamento agressivo de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.	93
Figura 29.	Dispersão dos resultados da responsividade materna em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).....	94
Figura 30.	Dispersão dos resultados da responsividade materna em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.....	95
Figura 31.	Dispersão dos resultados da responsividade das crianças em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).....	96
Figura 32.	Dispersão dos resultados da responsividade das crianças em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.....	96
Figura 33.	Dispersão dos resultados da proporção elogios por críticas em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).....	97
Figura 34.	Dispersão dos resultados da proporção elogios por críticas em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.....	98
Figura 35.	Frequência média de ocorrência das categorias elogio descritivo e elogio genérico, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.	100
Figura 36.	Frequência média de ocorrência da categoria críticas/restrições, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e de um ano.....	101
Figura 37.	Número médio de situações-problema e intensidade média atribuída no QSD, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês, três meses e de um ano.	102
Figura 38.	Escores médios no CBCL – total e externalizante, em ambos os grupos, nas avaliações pré, seguimento de um mês, três meses e de um ano.....	103
Figura 39.	Escores médios no CBCL para comportamento agressivo, em ambos os grupos, nas avaliações pré, seguimento de um mês, três meses e de um ano	103
Figura 40.	Comparação entre os resultados de ambos os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.	104

Figura 41.	Comparação entre as frequências médias de elogios e críticas das mães ao comportamento de seus filhos, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.	105
Figura 42.	Número total de dias em que as mães de cada grupo realizaram a tarefa de casa.	108
Figura 43.	Notas atribuídas pelas mães no TAI para sua satisfação com a orientação recebida.....	109

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Roteiro para Entrevista Inicial	145
ANEXO B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	146
ANEXO C	Child Behavior Checklist para Crianças de 1 ½ a 5 Anos	147
ANEXO D	Child Behavior Checklist (CBCL) para 4 a 18 Anos	149
ANEXO E	Questionário de Situações Domésticas – QSD	153
ANEXO F	Instruções das Habilidades-Alvo para as Mães	154
ANEXO G	Folha para Registro da Tarefa de Casa	155
ANEXO H	Lista de Elogios	156
ANEXO I	Inventário Beck de Depressão – BDI	157
ANEXO J	Escala de Ajustamento Conjugal – MAT	159
ANEXO K	Categorias para Análise das Interações Mãe-Criança	161
ANEXO L	Folha para Registro dos Comportamentos Parentais e Infantis	163
ANEXO M	Inventário de Satisfação do Consumidor	164
ANEXO N	Porcentagens de mães que melhoram, não mudam ou pioram em cada grupo de acordo com o cálculo do IMC.....	165

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 O VÍDEO EM INTERVENÇÕES CLÍNICAS: HISTÓRICO E MODALIDADES DE USO.....	20
2.1 Breve Histórico	20
2.2 Modalidades de Uso do Vídeo	23
3 O USO DO VÍDEO EM PROGRAMAS DE ORIENTAÇÃO DE PAIS	26
3.1 Orientação de Pais que fazem Uso da <i>Vídeo Modelação</i>	26
3.2 Orientação de Pais que fazem Uso do <i>Vídeo Feedback</i>	29
4 UMA EXPLICAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA O EFEITO DO “VER A SI MESMO”	34
5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DE PROCEDIMENTOS	38
5.1 Questões Gerais de Pesquisa quanto ao Uso do Vídeo	38
5.2 A Questão deste Estudo	41
6 OBJETIVO	43
7 MÉTODO	44
7.1 Participantes	44
7.2 Local de Realização da Pesquisa	46
7.3 Recursos Humanos	46
7.4 Recursos Materiais e Instrumentos	46
7.5 Procedimento	53
8 RESULTADOS	63
8.1 Análise Estatística dos Resultados entre os Grupos	64
8.2 Análise Descritiva dos Resultados entre os Grupos	70
8.3 Análise da Significância Clínica	78
8.4 Análise Descritiva do Seguimento de um Ano	99
8.5 Análise da Tarefa de Casa e da Satisfação do Consumidor	107
9 DISCUSSÃO	110
CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	144

1 APRESENTAÇÃO

Problemas de conduta (também conhecidos como problemas externalizantes de comportamento) têm sido, nos últimos anos, uma das queixas mais freqüentes de encaminhamento de crianças para psicoterapia (Silvares, Meyer, Santos & Gerencer, 2006). Caracterizados por comportamentos agressivos, destrutivos, opositores, desobedientes ou anti-sociais, tais problemas geralmente se iniciam nos anos pré-escolares. E, em oposição à crença de que são simplesmente um fenômeno transitório, há algum tempo, as pesquisas têm demonstrado que entre 50 e 75% das crianças pré-escolares com acentuadas dificuldades comportamentais continuam a apresentá-las cerca de seis anos depois (Campbell, Ewing, Breaux & Szumowski, 1986; Campbell & Ewing, 1990; Marakovitz & Campbell, 1998; Speltz, McClellan, DeKlyen & Jones, 1999).

A prevalência de problemas moderados a severos em pré-escolares é estimada em 5 a 14%. A ocorrência generalizada deste problema, principalmente em casa e com a entrada na escola, é um indício importante da necessidade de tratamento, pois os prejuízos ao desenvolvimento social e emocional da criança são bem conhecidos (Christophersen & Mortweet, 2001; Miller, 1994; Reid, 1993; Webster-Stratton, 1991). O comportamento agressivo, em particular, é considerado extremamente resistente à mudança e difícil de tratar (Shamsie, 1981) e muitos pesquisadores consideram abordagens de tratamento para crianças mais velhas como apenas “promissoras” (Kazdin, 1987b).

Por essas razões, os anos pré-escolares estão sendo considerados, por diferentes autores, como uma janela crítica para a intervenção junto a problemas de conduta, dada a estabilidade dos problemas de comportamento ao longo do tempo, demonstrada pelas pesquisas (Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004). Adicionalmente, os pais estão sendo

considerados alvos importantes do tratamento, dado que mudanças no comportamento parental têm mostrado impacto efetivo sobre o comportamento de pré-escolares (Hanf & Kling, 1973; Forehand & McMahon, 1981; Patterson, 1982; Eyberg, 1992; McMahon, 1994; Hembree-Kigin & McNeil, 1995).

O reconhecimento de que os pais podem se tornar agentes efetivos para a promoção de mudanças comportamentais em seus filhos tem resultado no desenvolvimento e avaliação empírica de numerosos programas de treinamento para pais (Berkowitz & Graziano, 1972; O'Dell, 1974; Pedd, Roberts & Forehand, 1977; Williams & Matos, 1984; Sanders & Dadds, 1993; Marinho, 1999; Webster-Stratton, 1989; Brinkmeyer & Eyberg, 2002, entre outros). Diferentes revisões sobre a produção científica nesta área (Olivares & García-López, 1997; Nixon, 2002) têm indicado o treinamento de pais como uma das abordagens mais efetivas no tratamento de problemas comportamentais das crianças, principalmente para problemas como desordens de conduta, comportamento opositor e agressividade (Azar & Wolf, 1989; Brestan & Eyberg, 1998; Nixon, 2002; Kazdin, 2003).

A pesquisa sobre orientação de pais de crianças pré-escolares tem avançado enormemente nas três últimas décadas. Revisões recentes sobre os programas de orientação de pais de crianças pré-escolares (Nixon, 2002; Shadish & Baldwin, 2003) tem atestado os efeitos positivos das diferentes modalidades de intervenção para pais quanto às mudanças sobre o comportamento das crianças pequenas (Kazdin, 2000a; Weisz, Weiss, Han Granger & Morton, 1995). Porém, além das linhas tradicionais de pesquisa tais como a investigação sobre aprimoramento de programas para atenderem as necessidades das famílias de risco (Webster-Stratton & Hammond, 1990), sobre a manutenção dos resultados do tratamento ao longo do tempo (Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido & Hood, 2001), e sobre a generalização dos ganhos do tratamento para outros ambientes, como escolar (Lowry

& Whitman, 1989; McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb & Funderburk, 1991), outras preocupações tem merecido investigação.

Já se pode afirmar que crianças cujos pais passaram por um programa de orientação “ficam melhores” em comparação com aquelas cujos pais estiveram em um grupo controle sem tratamento. Mas e os pais? Em quê eles melhoram? O que muda no comportamento deles para que alcancem mudanças significativas com seus filhos? Alguns pesquisadores tem relatado a necessidade de se identificar as mudanças nos comportamentos parentais em função da participação deles em um programa de treinamento.

Tipicamente, os estudos enfatizam as mudanças no comportamento desviante das crianças como resultado de treinar os pais em habilidades de modificação de comportamento (Meyer, 1982). As mudanças no comportamento da criança tem sido o principal critério para o julgamento da efetividade de um programa de treinamento para pais, restando ainda identificar e medir as mudanças nos comportamentos-alvo dos pais que estão relacionados à modificação do responder infantil.

Nixon (2002) identifica ainda outro problema que demanda investigação: a necessidade de se determinar quais componentes dos programas de tratamento exercem melhores efeitos sobre as mudanças parentais. No geral, os estudos que avaliam a efetividade das intervenções para pais consideram os programas de tratamento como um todo e não os efeitos isolados de seus componentes sobre os resultados obtidos.

Kazdin e Nock (2003), num artigo em que fazem recomendações metodológicas aos estudos em psicoterapia, concordam que as pesquisas na área de intervenções necessitam investigar quais componentes ou combinações de procedimentos contribuem para a obtenção dos resultados alcançados pela aplicação dos pacotes de tratamento. Eles ousam afirmar que este tipo de estudo se constitui no “melhor investimento”

de pesquisa com vistas a maximizar a relação custo/ benefício das intervenções (reduzir o tempo de tratamento e manter ou melhorar a magnitude dos resultados).

As evidências de pesquisa estão cada vez mais ganhando espaço e credibilidade junto aos clínicos como critério de escolha dos componentes dos tratamentos frente às variáveis moderadoras (variações na intensidade dos problemas, características das famílias e das crianças, níveis de adesão ao tratamento, entre outras variáveis). Neste sentido, vários autores são unânimes em afirmar (Kazdin & Bass, 1989; Kazdin & Weisz, 2003; Kazdin & Nock, 2003), a necessidade de mais estudos que destrinchem os componentes dos pacotes de tratamento e esclareçam os efeitos de tais procedimentos.

Considerando os componentes mais frequentes nas intervenções para pais de crianças pré-escolares, Nixon (2002) aponta o uso do vídeo como uma tendência atual dentro da área, pois as principais intervenções revisadas por ele, como a PCIT – *Parent-Child Interaction Therapy* (Eyberg, 1988), e o *The Incredible Years Training Series* (Webster-Stratton, 1984), fazem uso, de alguma forma, das gravações em vídeo como um componente da intervenção. Tais programas, embora relatem resultados positivos com o uso do vídeo, não descrevem o efeito específico deste componente de forma mais acurada. Na revisão de literatura realizada para esta pesquisa, foram encontrados poucos estudos que tivessem como objetivo avaliar o efeito do uso do vídeo de modo sistemático (Cunningham, Davis, Bremner, Dunn & Rzasa, 1993). Dos estudos encontrados, a maioria envolvia pais de crianças com problemas de desenvolvimento, não sendo encontrados estudos com pais de crianças com problemas comportamentais.

Dentro deste contexto é que se insere a presente pesquisa, a qual se constitui numa tentativa de investigação clínica em ambiente controlado, dos efeitos da introdução do procedimento de *vídeo feedback*¹ na orientação verbal, sobre a aprendizagem do reforçamento

¹ Não foi encontrado um termo em português que pudesse ser utilizado no lugar do termo *vídeo feedback*. A definição que será utilizada neste estudo encontra-se no item 2.2.

diferencial por parte dos pais para manejo do comportamento opositor de seus filhos pré-escolares. A aprendizagem implicada no reforço diferencial (reforçar os comportamentos adequados das crianças e ignorar os inadequados), é bem conhecida e documentada na literatura como diretamente relacionada às mudanças alcançadas por várias intervenções para pais (Hanf & Kling, 1973; Forehand e McMahon, 1981; Patterson, 1982) e por isso foi escolhida como o principal comportamento-alvo para estudo.

Verificar se a orientação por meio do *vídeo feedback* pode produzir resultados de maior magnitude ou aquisição mais rápida do comportamento, em comparação com a orientação apenas verbal, consiste na questão central deste estudo. Se constatada alguma vantagem adicional de seu uso, ele poderia ser um recurso mais explorado principalmente no contexto de clínicas-escola, por fornecer aos terapeutas iniciantes um apoio seguro na avaliação e condução dos casos, por meio das medidas objetivas que podem ser obtidas (e mostrada aos pais!) com o registro em vídeo. Caso vantagens adicionais não sejam constatadas, ainda assim os tratamentos oferecidos podem ser otimizados pelo conhecimento de que não há necessidade de recursos adicionais para a aquisição, no mesmo tempo e com a mesma magnitude de resposta, obtidas pelas intervenções verbais.

Em suma, as vantagens do estudo dos componentes dos modelos de orientação a pais com comprovada efetividade, como o *vídeo feedback* concentram-se em torno da aquisição de conhecimentos que possibilitem otimizar as orientações oferecidas, levando à identificação de procedimentos que abreviem as intervenções, favoreçam a adesão, mantenham ou melhorem a qualidade do atendimento oferecido, reduzam os custos, e levem ao alcance de resultados positivos no menor tempo possível.

2 O VÍDEO EM INTERVENÇÕES CLÍNICAS: HISTÓRICO E MODALIDADES DE USO

2.1 Breve Histórico

Desde 1950, a gravação em vídeo tem sido usada amplamente na prática em saúde mental para uma variedade de propósitos. O uso do vídeo nas sessões de psicoterapia tem sido de grande valor didático (Goodyear & Nelson, 1997) e de pesquisa (Reamer, Brady & Hawkins, 1998). Em psicoterapia, a gravação em vídeo tem sido descrita como um veículo único para a discussão dos problemas por fornecer um efeito de distanciamento, permitindo detalhar a observação, e ‘ver coisas que não se vê’ numa observação ao vivo.

O vídeo pode ser eficientemente utilizado na terapia individual de crianças e adultos, de grupos, famílias e na sala de aula (Berger, 1970; Dorwick & Jesdale, 1991). Segundo Heiveil (1984), as técnicas de vídeo podem ser introduzidas em qualquer ponto de um processo terapêutico, seja no início ou em algum momento específico em que pareçam úteis. Gravar uma sessão ou uma situação arranjada em vídeo não requer muita habilidade e consiste num recurso de fácil implementação.

Reivich e Geertsma (1968) foram os primeiros autores a empregar o *feedback* pelo vídeo na terapia. Segundo Heilveil (1984), eles realizaram um estudo sofisticadamente planejado para a época, com 64 pacientes psiquiátricos internados em que expunham os pacientes a auto-observação repetida. Os pacientes assistiam a sua entrevista com o terapeuta várias vezes, e em cada exposição lhes era solicitado que fizessem uma auto-avaliação. A maioria dos pacientes, ao ver-se no vídeo, apresentava inicialmente, tanto ansiedade, quanto sentimentos positivos, e apenas uma pequena porcentagem de pacientes exibiu respostas claramente negativas. Com a exposição repetida às imagens no vídeo de

sessões subseqüentes, a freqüência destas respostas diminuiu, e nenhum impacto negativo prolongado foi observado nos pacientes em função da experiência com o *vídeo feedback*.

No final da década de 1960, e início de 1970, o uso do vídeo aumentou, tanto como instrumento terapêutico, quanto de treinamento. Segundo Heiveil (1984), isto ocorreu, em grande parte, devido à revolução tecnológica pela qual passou a indústria e que permitiu a manufatura de equipamentos sofisticados a preços relativamente baixos e também, à obra de Berger (1970), que organizou um livro sistematizando as técnicas de uso do vídeo, cujas contribuições ajudaram a difundir o uso deste recurso nos meios clínicos.

No mesmo período, artigos relatando pesquisas ou estudos de caso surgiram em diversos periódicos de psicologia, a maioria dos quais atestava os efeitos positivos do uso do vídeo em diversos contextos: nos tratamentos clínicos e na melhora do desempenho escolar (Marshall & Hegrenes 1970), na pesquisa com drogas psicotrópicas (Newmark, Dinoff & Raft, 1974) e no treinamento de terapeutas (Ziarnik, 1977), entre outros. Datam desta década também, os primeiros estudos com o uso do vídeo na terapia comportamental, tanto com pacientes adultos fóbicos e obsessivo-compulsivos (Lautch, 1970), quanto com crianças esquizofrênicas (Cline, 1972).

Heiveil, em 1984, afirmou que o uso do vídeo estava naquela década atraindo uma onda crescente de interesse entre os profissionais de ajuda, principalmente devido ao seu custo reduzido, sua acessibilidade, e ao reconhecimento de seu potencial como instrumento de trabalho clínico. Na década de 1980, os estudos adquiriram um formato comparativo entre os modos disponíveis de uso do vídeo. Entre os estudos, pode-se citar os de Posner (1980) e Goldberg (1985), que examinaram as vantagens e limitações do uso de algumas modalidades de apresentação de dados clínicos para treino de psicoterapia. Posner (1980) comparou duas formas de supervisão clínica tendo alunos como sujeitos: via *vídeo feedback* e via áudio apenas, e Goldberg (1985) comparou as diferenças entre o uso de

anotações, registros em áudio, e registros em vídeo das sessões. Ambos encontraram superioridade quanto aos resultados obtidos com o uso do vídeo, em relação aos outros recursos.

A década de 1990 marcou uma explosão de estudos incluindo o uso do vídeo, como o estudo de Kemenoff, Worchel, Prevatt e Willson (1995), que comparou a efetividade do *vídeo feedback* com o *feedback* verbal dentro do contexto da terapia familiar sistêmica. Neste estudo, dez famílias, divididas em dois grupos, se engajavam em cinco semanas de terapia familiar, sendo que cada grupo incluía um dos dois tipos de *feedback*. Os membros da família eram gravados em vídeo em duas condições: 1) discutindo suas percepções sobre o problema e o motivo pelo qual procuraram terapia; e 2) discutindo suas percepções sobre as forças e competências da família. Em seguida a família discutia com o terapeuta as mesmas questões apenas de forma verbal ou por meio do assistir ao vídeo.

Kemenoff, Worchel, Prevatt e Willson (1995) analisaram as mudanças do pré-tratamento para o pós-tratamento para os problemas avaliados e variáveis familiares relacionadas, e encontraram superioridade nos resultados do grupo que recebeu o *feedback* por meio do vídeo. Para estes autores, os resultados deste estudo sugerem que o *vídeo feedback* aumenta a habilidade de observação dos membros da família dos padrões repetitivos de relacionamento e comunicação, assim como de definir e elaborar alternativas para o problema apresentado. Argumentam ainda, que o *vídeo feedback* permite à família observar as características positivas de cada membro.

Foi nesta década também que começaram a surgir, de forma mais proeminente, os estudos com pais onde o vídeo era utilizado tanto como recurso de intervenção, quanto como instrumento de avaliação comportamental para a realização das medidas pré e pós-tratamento (Eyberg, 1992; McDonough, 1995; Brestan & Eyberg, 1998), inclusive em estudos brasileiros (Marinho, 1999).

Desde essa época, a pesquisa na área veio se aprimorando e embora boa parte apresente imperfeições metodológicas, a maioria dos estudos (Dorwick & Jesdale, 1991; Wert & Neisworth, 2003; Corbett & Abdullah, 2005) sugere que, quando o vídeo é usado como adjunto à psicoterapia, os clientes geralmente aumentam a apresentação de comportamentos desejados, diminuem os indesejados, alcançam conclusões esclarecedoras a respeito de si próprios, e aprendem novas estratégias de enfrentamento, com maior rapidez do que somente com a psicoterapia.

Atualmente, a pesquisa relativa ao tema indica que, por meio do uso do vídeo nas sessões de tratamento, os clientes podem ter alguns *insights* a seu próprio respeito, em tempo mais curto do que o fariam com outros recursos (Wert & Neisworth, 2003). Segundo Biggs (1980), observar-se no vídeo possibilita à pessoa perceber como provavelmente é vista pelos outros, assim como a maneira com que seu comportamento afeta os demais. Segundo este autor, essas constatações fornecem dados concretos para que a pessoa tome a decisão de mudar, programe as mudanças que deseja que ocorram e arranje para si mesma as condições necessárias para essas mudanças.

2.2 Modalidades de Uso do Vídeo

O *feedback pelo vídeo* tem sido criativamente empregado no tratamento de uma grande diversidade de problemas, como um procedimento de aprendizagem observacional, com evidente impacto na mudança de comportamento em crianças e adultos. Tais problemas incluem desordens comportamentais (Simon & Johnston, 1985), treino de pais com crianças opositoras (Webster-Stratton, 1990), autismo (Corbett & Abdullah, 2005), baixa auto-estima (Zelenko & Benham, 2000), uso de drogas (Newmark, Dinoff, & Raft, 1974),

treino de habilidades sociais em crianças com déficits sociais (Dorwick & Jesdale, 1991), atrasos no desenvolvimento (Reamer, Brady & Hawkins, 1998), entre outros.

A literatura sobre o assunto mostra que existem basicamente quatro modalidades de uso do vídeo como recurso clínico:

- a) Vídeo com função de “*espelho*”: a imagem simultânea da sessão é “devolvida” ao cliente usando-se um monitor de televisão para mostrar a ele o que está sendo captado pela câmera no momento em que está ocorrendo (Heiveil, 1984), e assim modelar os comportamentos na sessão em tempo real;
- b) *Vídeo feedback*: a gravação de uma sessão integral ou em parte, ou ainda de uma interação em laboratório ou ambiente natural é mostrada posteriormente ao cliente com propósitos de discussão (Kemenoff, Worchel, Prevatt & Willson, 1995). Cabe ao terapeuta escolher a repetição de um trecho particular da gravação a fim de enfatizar alguns comportamentos para a discussão. Neste formato o cliente assiste a si mesmo e tanto os erros quanto os acertos são incluídos para facilitar o treino de discriminação;
- c) *Auto-modelação*: a pessoa também é gravada em situação semelhante às descritas no *vídeo feedback*, porém o vídeo é editado para que o cliente observe apenas instâncias de seus comportamentos mais apropriados ou positivos. Os exemplos de comportamento indesejável são propositalmente excluídos para que o cliente sirva de modelo para si mesmo (Reamer, Brady & Hawkins, 1998; Wert & Neisworth, 2003);
- d) *Vídeo modelação*: vinhetas em vídeo são apresentadas aos clientes em que os modelos aparecem exibindo as habilidades requeridas executadas corretamente. No geral envolve

o sujeito observando o vídeo de um modelo engajado em um comportamento que é subsequentemente praticado e imitado. Este formato é também chamado *modelação de maestria*, e os modelos são atores ou outras pessoas já treinadas e não os próprios clientes (Cunningham, Davis, Bremner, Dunn & Rzasa, 1993). Uma variação, parecida com a proposta do *vídeo feedback*, é chamada de *modelação de enfrentamento*, em que os modelos confrontam-se com problemas e cometem erros para que os clientes observem e discutam as alternativas de solução com o terapeuta.

Cada uma dessas modalidades de uso do vídeo pode ser inserida em um programa de tratamento, dependendo dos objetivos e dos recursos disponíveis. Os principais programas de treinamento para pais têm feito uso mais sistemático de duas dessas modalidades, como será descrito a seguir.

3 O USO DO VÍDEO EM PROGRAMAS DE ORIENTAÇÃO DE PAIS

Das modalidades de uso do vídeo citadas na seção anterior, duas delas tem sido mais usadas nas intervenções com pais. A *vídeo modelação* tem sido usada no formato de vinhetas para pais para promover discussão sobre as habilidades que devem desenvolver, assim como dos erros que não devem cometer no manejo diário com as crianças. A idéia é não apenas explicar, mas mostrar aos pais o desempenho parental adequado. O *vídeo feedback* também tem sido explorado pelos programas, para que os pais se confrontem consigo mesmos se comportando na relação com seus filhos e aprendam a avaliar suas atitudes e a alterá-las em prol das metas de mudança e do bem estar geral de seu filho. Abaixo são apresentadas as idéias centrais das intervenções que fazem uso de cada uma dessas duas modalidades, e os principais programas.

3.1 Orientação de Pais que Fazem Uso da *Vídeo Modelação*

No geral, a *vídeo modelação* com pais tem sido usada para treino de habilidades para lidar com problemas de conduta das crianças. Mas, esta modalidade de ensino também tem se adaptado bem a outras especificidades, e mostrado resultados superiores quando comparado aos grupos controles sem o uso da *vídeo modelação*. Alguns exemplos são: o treino de mães para o cuidado pós-natal de bebês prematuros (Brown, Yando & Maxwell, 2000); orientação a mães deprimidas para diminuição dos riscos comportamentais e emocionais a seus filhos (Butler, Budman & Beardslee, 2000); orientação para redução dos perigos domésticos às crianças para pais com história de abuso e negligência

em relação aos seus filhos (Mandel, Bigelow & Lutzker, 1998); e treino de pais nos cuidados e interação com filhos que apresentam algum atraso no desenvolvimento (Reamer, Brady & Hawkins, 1998).

O treino de paraprofissionais também tem feito uso dos modelos em vídeo. Cunningham, Davis, Bremner, Dunn e Rzasa (1993) compararam dois usos da *vídeo modelação* com paraprofissionais que trabalhavam com crianças portadoras de necessidades especiais. Este estudo apontou resultados superiores para a *modelação de enfrentamento* – em que modelos em vídeo foram apresentados confrontando-se com problemas e cometendo erros para que os clientes discutissem as alternativas de solução – em comparação com a *modelação de maestria* – em que os modelos exibidos em vídeo apresentavam as habilidades requeridas executadas corretamente. Essa hipótese tem sido pouco investigada.

Cunningham, Davis, Bremner, Dunn e Rzasa (1993), assim como Webster-Stratton e Reid (2003) consideram que o uso da modelação em vídeo nas intervenções clínicas, ou no treinamento de profissionais, independente da variação usada, apresenta a vantagem de promover o ensino de novas habilidades minimizando a resistência à aprendizagem gerada quando a abordagem adotada é diretiva e muito instrucional (Patterson, & Forgatch, 1985).

De todos os modelos que tem sido propostos ao longo das últimas décadas, o modelo de Webster-Stratton e colaboradores, intitulado “*The Incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series*” pode ser considerado o principal representante do uso da vídeo-modelação como estratégia de mudança comportamental na área de orientação de pais. Os efeitos da modelação em vídeo na orientação de pais têm sido bem estudados e avaliados pela equipe de Webster-Stratton (1984; 1989; 1991, entre outros estudos). Este procedimento, como já exposto anteriormente, consiste no ensino de habilidades parentais

através de vinhetas em vídeo que exibem modelos de pais interagindo com seus filhos, e dependendo do formato da intervenção, são acompanhados por discussões com os terapeutas.

Webster-Stratton e Reid (2003) descrevem como a vídeo-modelação é utilizada nos programas estudados. As vinhetas, em geral, apresentam modelos de pais “fazendo o certo” e “fazendo o errado” com o objetivo de desmistificar a noção de que há “um jeito perfeito de ser pai ou de educar o filho” e de ilustrar como alguém pode aprender com seus próprios erros. Os vídeos apresentam ainda princípios comportamentais e de resolução de problemas. Estes autores afirmam que a *vídeo modelação* parece ser um método de aprendizagem que se adequa melhor a pais menos orientados verbalmente.

Os estudos de Webster-Stratton têm apontado que a modelação em vídeo e a discussão em grupo dos princípios de manejo da criança têm alcançado resultados tão efetivos quanto o tratamento individual, e superiores aos controles de lista de espera (Webster-Stratton, 1984; Webster-Stratton, Kolpakoff & Hollinsworth, 1988); e até mesmo os programas de modelação auto-administrados têm se mostrado efetivos a curto prazo (Webster-Stratton, 1990, 1992).

Webster-Stratton, Kolpacoff e Hollinsworth (1988) compararam quatro intervenções: grupos de modelação em vídeo com discussão (MV+GD), modelação em vídeo auto-administrado individualmente (MVI), grupos de discussões liderados por um terapeuta (GD) sem a modelação em vídeo, e grupo controle de lista de espera (GC). Os resultados mostraram que todos os grupos de tratamento foram superiores aos controles ao final da intervenção e no seguimento de um ano, sendo que o grupo MV+GD apresentou manutenção do resultado a longo prazo quando as famílias foram avaliadas no seguimento de três anos (Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989). Ambos os grupos, MVI e GD, mostraram piora dos comportamentos externalizantes no seguimento de um e três anos, sugerindo que embora os métodos auto-administrados possam produzir efeitos a curto prazo,

o contato com o terapeuta parece ser um componente necessário no uso das técnicas de modelação em vídeo.

3.2 Orientação de Pais que Fazem Uso do *Vídeo Feedback*

Zelenko e Benham (2000) defendem que gravar as interações em vídeo, e assisti-las em conjunto com os pais, deveria se tornar um procedimento-padrão das avaliações e intervenções com díades mãe-criança. Eles afirmam que a gravação permite coletar dados que não se obtém apenas via relato verbal dos pais, e que a intervenção com o uso do vídeo permite que estes visualizem o efeito direto de seus comportamentos sobre o comportamento de seu filho. Ray e Saxon (1992) afirmam que as gravações em vídeo dos pais interagindo com seus filhos, em situações naturais ou arranjadas, permite maior objetividade do terapeuta no *feedback* sobre o desempenho deles e sobre as mudanças que se fazem necessárias.

Estudos com o uso do *vídeo feedback* na terapia breve familiar tem apresentado resultados satisfatórios. O estudo dos efeitos do *vídeo feedback* no trabalho terapêutico com famílias de crianças pequenas, tem apontado melhoras na qualidade das interações (Leifer, Wax Leventhal-Belfer, Fouchia & Morrison, 1994; Weiner, Kuppermintz & Guttman, 1994), e no vínculo entre a mãe e o filho (Juffer, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997).

Na terapia familiar, assim como na orientação de pais, o *vídeo feedback* pode ser considerado uma variação e uma alternativa ao uso do procedimento de *feedback* corretivo imediato (Skinner, Shapiro, Turco, Cole & Brown, 1992). Em situações de interação pais e filhos, o *feedback* corretivo imediato não é uma alternativa prática, pois implica em interrupções e comportamento intrusivo por parte do

terapeuta, e no uso de equipamento caro e sofisticado, como o ponto eletrônico

(Brinkmeyer & Eyberg, 2003).

Assim como Webster-Stratton em relação à *vídeo modelação*, Eyberg (Eyberg & Matarazzo, 1980; Brinkmeyer & Eyberg, 2003) pode ser considerada uma precursora no uso do *vídeo feedback* na orientação de pais. Em seu modelo de orientação, a *PCIT (Parent-Child Interaction Therapy)*, a modelação ao vivo com uso de ponto eletrônico é o procedimento preferencial para a modelagem das habilidades parentais. Porém, gravações curtas da interação pais-criança também são feitas para mostrar aos pais dados objetivos das habilidades que ainda precisam ser praticadas. A PCIT também faz uso da gravação em vídeo para avaliação diagnóstica e acompanhamento dos progressos das habilidades que os pais devem adquirir. Após a avaliação inicial, marca-se uma sessão de ensino com os pais na qual o terapeuta ensina as habilidades-alvo por meio de discussão, observações dos modelos filmados, modelação ao vivo e *role-playing*. Os pais são considerados participantes ativos e podem acompanhar seu progresso por meio dos registros em vídeo.

Num trabalho examinando a efetividade da PCIT, Eyberg e Robinson (1982), demonstraram melhoras estatística e clinicamente significativas em comportamentos disruptivos e desobediência em crianças. Outros estudos mostraram que os efeitos obtidos no tratamento se generalizaram para casa (Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs & Algina, 1998) e para irmãos não tratados (Eyberg & Robinson, 1982). Além disso, PCIT conduzida individualmente com as famílias tem se mostrado mais efetiva do que o treino em grupo (Eyberg & Matarazzo, 1980). Em outro estudo (Eisenstadt [Hembree-Kigin], Eyberg, McNeil, Newcomb & Funderburk, 1993) foram encontradas melhoras significativas não apenas nos comportamentos opostos das crianças, mas nos relatos dos pais sobre o nível de atividade, stress paterno, problemas internalizantes das crianças e na auto-estima das mesmas. Um

estudo não publicado relatou melhoras clinicamente significativas foram mantidas no seguimento de dois anos (Newcomb, 1995).

McDonough (1995) também descreveu o uso terapêutico das sessões gravadas em vídeo na terapia comportamental de crianças e pais. O programa de tratamento proposto por esta autora envolve a gravação em vídeo de sessões lúdicas na qual mãe e/ou pai brinca com a criança na presença do terapeuta. Enquanto a família interage, o terapeuta filma aproximadamente seis minutos da seqüência da brincadeira, que é vista em seguida, com os pais. O terapeuta usa essas seqüências gravadas para apontar aos pais questões específicas de suas interações com a criança e para prover *feedback* sobre o comportamento deles.

Através da observação destas amostras da interação lúdica pais-criança, McDonough (1995) acredita que os membros da família tornam-se mais conscientes dos comportamentos interativos positivos que necessitam ser fortalecidos, e daquelas interações inapropriadas que requerem redirecionamento, alteração, ou eliminação. Acredita também, que o uso do vídeo dá aos pais a oportunidade de ouvir mais cuidadosamente o que eles dizem à criança e a maneira como o dizem, recebendo *feedback* imediato a respeito de seu comportamento e o efeito deste sobre o comportamento da criança.

Outra vantagem do vídeo, segundo esta autora, é oportunizar a ambos, família e terapeuta a revisão das mudanças que ocorrem entre as sessões. McDonough, assim como Eyberg, usa a gravação em vídeo para avaliar objetivamente as mudanças ocorridas depois de algum tempo de tratamento. Ela tem observado que, em situações onde as mudanças são sutis e o progresso dos pais é lento, a visão retrospectiva dos avanços ao longo do tempo pode encorajar os esforços da família na continuidade do tratamento. Ao final do tratamento, ela orienta os terapeutas a presentear os pais com um vídeo editado documentando as mudanças ocorridas ao longo do programa.

Sharry, Guerin, Griffin e Drumm (2005) também fazem uso do *vídeo feedback* durante a sessão de orientação, mostrando aos pais um vídeo curto de sua interação com seu filho (usualmente uma brincadeira dirigida pela criança, ou tarefas direcionadas pelos pais, tais como arrumar brinquedos ou atividades de rotina diária como vestir-se). A ênfase durante a revisão do vídeo com os pais é no fornecimento de *feedback* baseado nas áreas de sucesso e acertos dos pais e das crianças.

Em um estudo realizado por estes autores (Sharry, Guerin, Griffin & Drumm, 2005) o vídeo foi usado para treino de pais com crianças pré-escolares que apresentavam problemas de conduta, de atenção e de desenvolvimento. Eles avaliaram um programa que combinava sessões individuais pais-criança usando o *vídeo feedback* com sessões de grupo usando a *vídeo modelação*, durante um período de doze semanas, com trinta crianças cujos pais completaram o programa. Os resultados mostraram diminuição nos problemas de conduta e hiperatividade, diminuição do stress parental e ganhos significativos nas metas definidas pelos pais. Para estes autores, o uso do vídeo apresenta muitas vantagens como meio de ensino, pois promove aprendizagem imediata, pode ser revisto muitas vezes, fornece riqueza de detalhes do que a mera lembrança dos fatos, e encoraja os pais a refletir sobre seus comportamentos, vendo a si mesmos como capazes de mudar.

Segundo Ray e Saxon (1992), o *vídeo feedback*, além de ser uma alternativa viável do ponto de vista prático e econômico, pode levar os pais a compreender de que forma eles podem manejar o comportamento de seu filho de modo diferente e produtivo, por meio da visualização de seus padrões interacionais e dos efeitos destes sobre o comportamento da criança, assim como do recebimento simultâneo de *feedback* corretivo do terapeuta.

Outro uso interessante do vídeo é apontado por McDonough (1995). Quando um dos pais se recusa a participar do tratamento, ela permite que o vídeo seja levado

para casa. Compartilhando o "filme" do que acontece durante a sessão de jogo, alguns pais resistentes têm seus medos e preocupações atenuados e concordam em comparecer às sessões. Mesmo para o pai participante, rever o vídeo após as instruções do terapeuta, frequentemente funciona como um apoio a mais nas tentativas de mudança das interações em casa.

Do ponto de vista das intervenções comportamentais, tão importante quanto explicar 'como' o vídeo funciona, é explicar teoricamente o 'porquê' ele funciona. Vários autores têm defendido que as intervenções necessitam basear-se em evidências, tanto quanto serem orientadas dentro de sistemas teóricos coerentes (Chorpita, 2003; Holmbeck, Greenley & Franks, 2003). Assim, explicar quais os processos de aprendizagem implicados no procedimento de *vídeo feedback*, que poderiam levá-lo a produzir vantagens adicionais às intervenções, como se supõe neste trabalho, é o assunto do próximo tópico.

4 UMA EXPLICAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA O EFEITO DO “VER A SI MESMO”

Conforme mostram as pesquisas, gravar em vídeo as interações dos pais com seus filhos e usá-las como estratégia de intervenção produz efeitos práticos inegáveis, mas o processo comportamental implícito no funcionamento desta estratégia precisa ser teoricamente melhor explicado. A hipótese é que o ver a si mesmo se comportando enquanto recebe *feedback* e instruções do terapeuta, pode ter um efeito diferente do que assistir a um modelo, assistir-se sem instruções, ou somente receber as instruções. Quais são então, os processos comportamentais envolvidos no uso do procedimento de *vídeo feedback*?

A primeira resposta que se pode propor a esta questão, diz respeito ao princípio da discriminação operante. O vídeo proporcionaria uma condição de estímulo em parte semelhante, e em parte diferente, da condição real de interação. O que provavelmente ocorre quando a pessoa vê seu próprio comportamento no vídeo, é que ela se expõe à reprodução fiel dos estímulos visuais e auditivos presentes na condição real de interação, mas agora sob controle de outras propriedades dessa estimulação.

A mãe que não vê as cenas pode ficar apenas sob o controle instrucional do terapeuta, enquanto a mãe que recebe orientações vendo seu comportamento e de seu filho no vídeo pode também adquirir um responder por meio do seguimento de instruções mas provavelmente mais sensível às contingências da situação. Sendo assim, o comportamento que o terapeuta modela em ambos os formatos de orientação pode parecer topograficamente o mesmo, mas provavelmente apresentam diferenças no controle de estímulos (Catania, Matthews & Shimoff, 1982; Meyer, 2000).

Segundo Skinner (1989), os produtos de nosso próprio comportamento podem servir como estímulos discriminativos e afetar o nosso comportamento futuro. As

contingências que geram as discriminações do próprio comportamento são complexas e envolvem o comportamento verbal. Skinner afirma que os ouvintes não são passivos, e muitas vezes, comportam-se verbalmente ao mesmo tempo que o falante, dizendo coisas para si mesmos. Algumas vezes agem como ouvintes de si mesmos quando, por exemplo, ouvem cuidadosamente aquilo que dizem.

Segundo esse raciocínio, pode-se hipotetizar que, no momento em que a mãe, por meio da imagem no vídeo, se vê interagindo com seu filho, escuta o que disse a ele, e vê como agiu em resposta a determinados comportamentos da criança, ela está discriminando, mesmo que de forma não muito acurada, os efeitos de seus comportamentos sobre os comportamentos de seu filho. A mãe que recebe orientação por meio do procedimento de *vídeo feedback* está ao mesmo tempo, sendo ouvinte de si mesma e do terapeuta, e em melhores condições de discriminar propriedades de seu próprio comportamento que a auxiliarão no processo de mudança.

Catania (1999) afirma que a capacidade de discriminar as propriedades de nosso próprio comportamento é importante para muitos tipos de comportamento humano. Afirma ainda, que as discriminações podem ser incidentalmente aprendidas, mas no comportamento humano, a maior probabilidade é que elas sejam aprendidas quando são ensinadas pelos outros. Em outras palavras, as discriminações de nosso próprio comportamento, muito frequentemente, têm origem no contexto do comportamento social. Assim, quando o terapeuta também acompanha as cenas no vídeo e fornece *feedback* à mãe, ele está por meio da instrução verbal criando condições de aumento da probabilidade de discriminação da mesma quanto a outras propriedades da estimulação proveniente do comportamento de seu filho, as quais ela não estava respondendo anteriormente.

Desse modo é plausível afirmar que, o procedimento de *vídeo feedback* administrado por um terapeuta, proporciona vários estímulos conjuntos que podem contribuir

para a aprendizagem de habilidades adequadas por parte da mãe: 1) a mãe pode discriminar por si mesma, propriedades de seu comportamento: tom de voz, expressão facial; conteúdo das verbalizações; 2) pode discriminar ainda, por si mesma, o efeito de seu comportamento verbal e não verbal sobre o comportamento da criança, que se engaja na tarefa, se esquiva, sorri, aumenta ou diminui a frequência de verbalizações, tem acesso de raiva ou elogia a mãe, etc; e 3) pode refinar sua discriminação via orientação do terapeuta, que aponta relações não observadas pela mãe na sua interação com seu filho, aumentando assim, o controle exercido pelas duas variáveis anteriores sob o comportamento subsequente.

Segundo Skinner (1989), quando se pede a alguém que preste atenção particular a uma dada característica do ambiente, essa ordem é, em si mesma, um estímulo discriminativo que suplementa os estímulos que controlam o comportamento do observador. Um observador, em geral, aprende a olhar ou atentar para um estímulo particular quando lhe dizem para “prestar atenção” porque é reforçado quando faz isso. Assim, o terapeuta, ao mostrar à mãe por meio das cenas do vídeo, o efeito de suas atitudes adequadas, proporciona uma condição duplamente reforçadora: a percepção das conseqüências positivas de seu comportamento sobre o comportamento de seu filho, e a aprovação do terapeuta ao seu comportamento apropriado.

Porém, quando o terapeuta mostra os comportamentos adequados que a criança emitiu e que não foram valorizados pela mãe, ou os comportamentos inapropriados da criança que a mãe inadvertidamente reforçou, o mais provável é que estes estímulos tenham função aversiva e assim enfraqueçam a emissão destas respostas por parte da mãe. No entanto, é desejável que a mãe não apenas suprima a emissão de respostas inadequadas, mas saiba o que fazer sob as mesmas condições. Assim, o terapeuta ao ensinar respostas alternativas para o manejo do comportamento da criança, quando o comportamento da mãe à situação não foi apropriado, pode diminuir a aversividade da exposição a estas cenas. Esta é

uma tentativa de estabelecer novamente uma relação de reforço: o comportamento da mãe de fazer uma discriminação correta da relação comportamento-consequência entre seu comportamento e o de seu filho é reforçado pelo terapeuta, assim como o comportamento de propor alternativas adequadas de manejo dos comportamentos inadequados da criança.

O que a mãe diz a si mesma sobre seu comportamento e a avaliação que faz sobre o comportamento do seu filho podem ser reformuladas pelo terapeuta. Mesmo que o profissional não tenha acesso aos encobertos da mãe, porque ela não os relata, as regras podem ser reformuladas pela exposição de novos parâmetros de avaliação da situação, como a informação fornecida pelo terapeuta sobre adequação do comportamento da criança ao contexto, idade e desenvolvimento. Tais aspectos constituem-se nas novas propriedades de estímulos aos quais espera-se que as mães passem a responder.

Supõe-se assim que, as consequências do assistir-se no vídeo somadas às administradas pelo terapeuta podem se mostrar mais efetivas na produção de mudanças comportamentais. Isto porque o controle de estímulos gerado por outros aspectos da situação presentes quando a gravação é feita estão ausentes quando a mesma é assistida um tempo depois. A ausência de um forte controle de estímulos no momento da orientação pode ser um fator crucial para que a mãe mude seu comportamento (Meyer, 1982). Nesta condição, as respostas adequadas das mães podem passar a ser controladas por características relevantes do comportamento da criança vistas no vídeo, via instruções do terapeuta, e tais mudanças no repertório parental podem então aparecer, mais frequentemente, inclusive em outras situações de interação com a criança.

Tais considerações fundamentam a compreensão comportamental da hipótese central deste trabalho. Embora se possam fazer tais afirmações teóricas quanto aos princípios de aprendizagem implicados, a pesquisa pode fornecer dados concretos sobre os quais tais pressupostos podem se reafirmar.

5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DE PROCEDIMENTOS

A área de orientação de pais, segundo Kazdin & Nock (2003), está avançando provavelmente em função do contínuo investimento em estudos de resultados das intervenções. Recentes preocupações e recomendações para a pesquisa sobre intervenções têm indicado que, ao invés de focalizar nas intervenções específicas, os pesquisadores deveriam verificar os efeitos dos componentes genéricos das intervenções que têm se mostrado efetivas (Skinner, Shapiro, Turco, Cole & Brown, 1992).

Nelson, Westhues & MacLeod (2003) afirmam que a pesquisa sobre o impacto de cada componente dentro de um programa de intervenção e/ou sobre os resultados obtidos pode levar a identificação de quais componentes de um tratamento são mesmo necessários. Segundo eles, se a necessidade de algum deles não for constatada, resta identificar quais componentes devem permanecer e em que organização temporal.

A seguir serão apresentadas as principais questões de pesquisa que permanecem em aberto nesta área de investigação, quanto ao uso do vídeo em intervenções de uma forma geral, e não apenas na orientação de pais. Algumas hipóteses teóricas também são levantadas pelos autores, as quais ainda carecem de respaldo empírico.

5.1 Questões Gerais de Pesquisa quanto ao Uso do Vídeo

O uso do vídeo tem sido bem documentado na literatura, principalmente nas ciências comportamentais, em função de seu uso como facilitador da aprendizagem observacional (Dorwick & Jesdale, 1991). Porém, não foram encontrados estudos que

avaliassem o efeito isolado desse componente. Corbett & Abdullah (2005), revisando as pesquisas de intervenções com vídeo afirmam que, no geral, o uso dos procedimentos que fazem uso do vídeo resultam em aquisição mais rápida do comportamento e melhor generalização e manutenção dos ganhos adquiridos, otimizando o tempo de tratamento e a relação custo-benefício. Estes autores afirmam, assim como Patterson e Forgath (1985), que uma outra vantagem do uso do vídeo, seria o auxílio na redução dos efeitos de uma abordagem verbal direta em situações clínicas nas quais os comportamentos de esquiva são muito prováveis.

Um maior número de pesquisas, tanto com treino de pais, quanto com profissionais e crianças com deficiências em geral, tem se concentrado no estudo dos efeitos da *vídeo modelação*, principalmente com o uso de modelos se comportando corretamente. O *vídeo feedback* ou a *auto-modelação* preocupa um número menor de pesquisadores (Houlihan, Miltenberger, Trench, Larson, Larson & Vincent, 1995), embora seja relativamente de mais fácil utilização, uma vez que o próprio cliente pode ser filmado, em situação clínica, não necessitando da produção de vídeos instrucionais.

Furman (1990), falando sobre os benefícios do uso da *auto-modelação*, afirma que a natureza objetiva do registro em vídeo permite aos clientes a experiência da troca de papéis: de atores para observadores, não limitando a intervenção apenas a lembrança e ao relato dos eventos. Brenes e Cooklin (1983) levantam a hipótese de que esta mudança de atores para observadores aumentaria a disposição dos clientes para realizar avaliações de si mesmos e, em contrapartida, assumir mais responsabilidade por seus comportamentos, e propõem investigações neste sentido.

Outros teóricos sugerem que o *vídeo feedback* capture múltiplos níveis de comunicação, os quais permitem aumento da consciência dos clientes, monitoramento da comunicação e de comportamentos interacionais. A posição de Whitaker (1978) é que o *vídeo*

feedback provê os clientes com *feedback* negativo (eles vêem o que não querem ou gostam de ver) cujo efeito é romper sua maneira habitual de se comportar e permitir que novos padrões de interação possam emergir.

No geral, existe evidência da efetividade desta tecnologia, porém alguns aspectos das várias modalidades de uso do vídeo são apontados pelos autores como carecendo de pesquisa adicional. Reamer, Brady e Hawkins (1998), afirmam que ainda não está claro qual dos arranjos de vinhetas nos treinos, se de acertos ou erros, é mais efetiva ou econômica. Apontam a necessidade de estudos quanto à frequência necessária de exposição das famílias às vinhetas, pois é possível que um único vídeo com vários exemplos comportamentais possa ser tão efetivo quanto exposições breves, mas repetidas de várias gravações.

Os estudos de *auto-modelação* por meio do vídeo também necessitam avaliar sistematicamente o papel do ensaio comportamental, que geralmente ocorre entre as sessões de exposição ao vídeo. Corbett e Abdullah (2005), assim como Reamer, Brady e Hawkins (1998), acreditam que o ensaio seja um componente crucial dos resultados obtidos por estes estudos. No entanto, como não há evidência empírica de que a *auto-modelação* pelo vídeo requeira ensaio para o alcance de resultados diretos ou generalizados, eles sugerem investigação do efeito isolado *versus* combinado destes procedimentos.

Como já dito anteriormente, uma vez que investigações empíricas têm apoiado a melhora da efetividade de várias modalidades terapêuticas ou programas de tratamento quando combinados com o uso do vídeo, os efeitos desse componente precisam ser melhor investigados. Na revisão de literatura realizada para a presente pesquisa não foram encontrados estudos comparando os efeitos dos várias modalidades de uso desta tecnologia, apenas estudos que comparam o uso de um desses procedimentos (*vídeo modelação* ou *vídeo feedback*) com orientações apenas verbais, individuais ou em grupo, ou com grupos-controle sem tratamento, como os já citados. Mesmo assim, os estudos não manipulam apenas essa

variável (inclusão do procedimento), no geral são pacotes com outros procedimentos, dos quais o vídeo é um dos componentes.

Assim permanece a necessidade de estudos comparativos dos efeitos das várias modalidades de uso do vídeo, com diferentes populações, para a verificação da existência de diferenças ou vantagens de uma modalidade sobre a outra, assim como sobre intervenções apenas verbais. Os resultados destas pesquisas poderiam imprimir credibilidade à escolha do uso desta tecnologia pelos clínicos, dependendo das características da clientela, dos problemas atendidos e das instituições em que tais recursos possam ser disponibilizados.

5.2 A Questão deste Estudo

Este trabalho pretende investigar o efeito do componente “*vídeo feedback*” na orientação verbal de pais, visto que em áreas afins, como a educação especial, seu uso em intervenções breves com pais e cuidadores, tem se mostrado vantajoso (Cunningham, Davis, Bremner, Dunn & Rzasa, 1993). A questão em estudo é: pode o *vídeo feedback* produzir mudanças de maior magnitude ou mais rápidas no comportamento dos pais orientados por meio deste procedimento? Há vantagens no seu uso quando comparado à orientação apenas verbal?

O delineamento escolhido para a realização desta investigação, foi o de comparação entre grupos. Mães com suas crianças, divididas em dois grupos com características semelhantes, participaram da pesquisa. As mães deveriam não apresentar problemas clínicos significativos e seus filhos deveriam estar na faixa etária pré-escolar, e apresentar comportamento oposto e agressividade. Outra providência foi selecionar como comportamentos-alvo as respostas relativas ao uso do reforçamento diferencial (1) elogiar os

comportamentos adequados e (2) parar de criticar os comportamentos inadequados, ignorando-os (Lowry & Whitman, 1989).

Em ambos os grupos as mães foram gravadas em vídeo interagindo com seu filho numa situação lúdica em ambiente clínico, que serviu de base para a análise que norteou as orientações dadas às mães. A diferença foi que no grupo denominado orientação verbal (GV), as mães foram orientadas sem assistir ao registro em vídeo, recebendo instruções apenas verbais quanto aos erros cometidos e às mudanças que necessitavam ser efetuadas em seu comportamento para promoção de melhora nos problemas da criança. No grupo denominado orientação por *vídeo feedback* (GVF), as mães assistiam ao vídeo enquanto recebiam as orientações do terapeuta.

Hipotetizou-se que este arranjo de variáveis na composição da metodologia do estudo poderia isolar ao máximo possível, o efeito do componente em estudo e fornecer assim o recorte necessário ao objetivo da pesquisa. Ao mesmo tempo, poderia produzir alguma alteração comportamental positiva para as mães que se propuseram a participar desta pesquisa, e conseqüentemente para seus filhos.

6 OBJETIVO

Avaliar o efeito do procedimento de *vídeo feedback* na orientação verbal de pais de crianças pré-escolares, com queixa de comportamento opositor, em comparação com a orientação apenas verbal, quanto à produção de mudanças nos seguintes comportamentos:

Comportamentos parentais:

- a) frequência de elogios – descritivos e genéricos (comportamentos de interação positiva com a criança);
- b) frequência de críticas/restrições (comportamentos punitivos dirigidos à criança e seu comportamento);
- c) responsividade – a proporção entre o número de obediências da criança e o número de elogios da mãe;
- d) proporção elogios \times críticas – para cada crítica realizada quantos elogios a mãe dirige à criança e seu comportamento.

Comportamentos infantis:

- a) responsividade – comportamentos de seguimento de instrução (obediência);
- b) escores obtidos nos instrumentos padronizados (QSD e CBCL) que avaliam os problemas de comportamento opositor.

7 MÉTODO

7.1 Participantes

Participaram do estudo 20 (vinte) duplas mãe-criança, que se encontravam em lista de espera para atendimento infantil da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina – PR, ou que atenderam aos anúncios de divulgação pela mídia (jornais, rádio e televisão) chamando pais com crianças pré-escolares e com problemas de comportamento a se submeterem a uma avaliação na clínica psicológica com vistas a receberem orientação.

Os critérios para inclusão das mães como participantes na pesquisa foram: escores não-clínicos, ou próximos à faixa não-clínica, nas avaliações para depressão e ajustamento conjugal, com crianças clínicas na faixa etária de dois anos a seis anos e seis meses, com problemas específicos de comportamento opositor e agressivo. Detalhes referentes ao processo de seleção dos participantes encontram-se na seção *procedimento*.

Para os propósitos deste estudo, requereu-se que apenas as mães participassem com seus filhos, em função de que, sendo elas as cuidadoras primárias das crianças, a aprendizagem do uso do reforçamento diferencial poderia exercer algum impacto sobre a mudança de comportamento das crianças, a qual poderia ser então, avaliada.

A Tabela 1 apresenta a caracterização das mães, por grupos. Considerando o total da amostra participante, observa-se que, 55% das mães tinham entre 20 a 30 anos, e nível de escolaridade superior, 90% eram casadas, e 80% tinham entre um e dois filhos.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das crianças. Pode-se observar que, em sua maioria, eram meninos (80%), com distribuição de número de crianças em cada idade relativamente uniforme (20 a 25%), e média de 4,3 anos.

Tabela 1. Caracterização das mães que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo.

Características	GV	GVF	Total
<i>Idade das mães</i>	<i>n=10</i>	<i>n=10</i>	<i>n=20</i>
20 a 30 anos	06 (60%)	05 (50%)	11 (55%)
31 a 40 anos	02 (20%)	05 (50%)	07 (35%)
acima de 41 anos	02 (20%)	0	02 (10%)
<i>Escolaridade</i>	<i>n=10</i>	<i>n=10</i>	<i>n=20</i>
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	03 (30%)	01 (10%)	04 (20%)
Ensino médio (completo ou incompleto)	02 (20%)	03 (30%)	05 (25%)
Ensino superior (completo ou em curso)	05 (50%)	06 (60%)	11 (55%)
<i>Estado Civil</i>	<i>n=10</i>	<i>n=10</i>	<i>n=20</i>
Solteira	01 (10%)	00	01 (5%)
Casada	09 (90%)	09 (90%)	18 (90%)
Separada	0	01 (10%)	01 (5%)
<i>Número de filhos</i>	<i>n=9</i>	<i>n=10</i>	<i>n=19</i>
01 filho	04 (44,4%)	04 (40%)	08 (42,1%)
02 filhos	03 (33,3%)	05 (50%)	08 (42,1%)
03 filhos ou mais	02 (22,3%)	01 (10%)	03 (15,8%)
<i>Escores do BDI (Beck Depression Inventory)</i>	<i>n=10</i>	<i>n=10</i>	<i>n=20</i>
Depressão mínima (0-11)	05 (50%)	06 (60%)	11 (55%)
Depressão leve (12-19)	05 (50%)	04 (40%)	09 (45%)
<i>Escores no MAT (Marital Adjustment Test)</i>	<i>n=9</i>	<i>n=9</i>	<i>n=18</i>
De 79 a 99 (abaixo do escore de corte)	03 (33,3%)	02 (22,3%)	05 (27,7%)
Acima de 100 (ajustamento conjugal)	06 (66,7%)	07 (77,7%)	13 (72,3%)

Tabela 2. Caracterização das crianças que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo.

Características	GV (n=10)	GVF (n=10)	Total (n=20)
<i>Idade</i>			
2 anos	0	02 (20%)	02 (10%)
3 anos	04 (40%)	0	04 (20%)
4 anos	03 (30%)	02 (20%)	05 (25%)
5 anos	02 (20%)	02 (20%)	04 (20%)
6 anos	01 (10%)	04 (40%)	05 (25%)
<i>Sexo</i>			
Meninos	09 (90%)	09 (90%)	18 (90%)
Meninas	01 (10%)	01 (10%)	02 (10%)
<i>Escore Externalizante (CBCL)</i>			
Clínico (Escores de 64 a 70)	04 (40%)	03 (30%)	07 (35%)
Clínico (Escores de 71a 85)	06 (60%)	07 (70%)	13 (65%)
<i>Escore para Comportamento Agressivo (CBCL)</i>			
Limítrofe	01 (10%)	02 (20%)	03 (15%)
Clínico	09 (90%)	08 (80%)	17 (85%)

7.2 Local de Realização da Pesquisa

As várias etapas de condução da presente pesquisa foram realizadas no *Laboratório de Estudos do Comportamento Humano* e nas salas de atendimento da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina.

7.3 Recursos Humanos

Participaram da pesquisa dez estudantes de quarto e quinto anos do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR), previamente treinados, que atuaram como orientadores das mães de ambos os grupos. Os mesmos estudantes atuaram como observadores para categorização das interações mães-criança dos casos dos quais não estavam conduzindo a coleta de dados. A pesquisadora doutoranda atuou supervisionando todas as etapas de condução da pesquisa.

7.4 Recursos Materiais e Instrumentos

Os equipamentos, materiais de consumo e instrumentos utilizados durante as fases de desenvolvimento da pesquisa estão especificados abaixo.

7.4.1 Equipamentos: filmadora VHS com tripé, televisão e vídeo-cassete;

7.4.2 Material de consumo: fitas de vídeo, brinquedos, lápis, papel sulfite e tapete;

7.4.3 *Roteiro para entrevista clínica inicial (Anexo A)*: elaborado para direcionamento da entrevista inicial e organização das informações obtidas junto aos pais que concordaram em participar da pesquisa. Durante esta entrevista foram coletadas informações sobre os problemas comportamentais, história de desenvolvimento da criança e condições do ambiente familiar e escolar. Exemplos de ocorrências do comportamento-problema da criança obtidas durante a entrevista eram anotados para serem usadas durante as explicações sobre o uso do reforçamento diferencial nas sessões de intervenção;

7.4.4 *Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo B)*: contrato individual firmado entre cada participante e a autora da presente pesquisa. Consta de informações à participante sobre o formato de funcionamento da pesquisa, autorização por parte da mesma para o registro das interações entre ela e seu filho em gravações de vídeo e a divulgação dos dados, respeitando-se o anonimato das pessoas envolvidas. A pesquisadora e sua equipe se comprometiam a, encerrada a pesquisa, encaminhar as crianças para atendimento clínico se os pais assim o desejassem;

7.4.5 *Child Behavior Checklist – Versão 1½ a 5 anos (Anexo C)*: Esta versão do CBCL é recente (Achenbach & Rescorla, 2000), e foi elaborado para avaliar questões específicas da faixa etária pré-escolar. Ele permite a obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças 1½ a 5 anos de idade, a partir do relato dos pais. É composto por 99 itens destinados a avaliação dos problemas comportamentais da criança. O informante é orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança nos últimos dois meses numa escala de 0-1-2 pontos que indicam, respectivamente: item falso ou comportamento ausente; item parcialmente verdadeiro

ou comportamento às vezes presente, e item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente. Usando uma nova amostra normativa e uma ampla amostra clínica, esta versão para pais de crianças de 1½ a 5 anos avalia as seguintes síndromes: reatividade emocional, ansiedade/ depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas de sono. Através da análise dos itens destas síndromes, obtém-se também uma caracterização da criança (clínica, normal ou limítrofe) quanto a seu *Funcionamento Global* e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante*. No entanto, dados os objetivos da presente pesquisa, foram utilizados para análise apenas os escores referentes ao *Funcionamento Global*, *Perfil Externalizante* e *Comportamento Agressivo*. A avaliação do instrumento é computadorizada, realizada por meio de software específico. Os valores para análise dos escores em *Funcionamento Global*, *Perfil Internalizante* e *Perfil Externalizante* são: limítrofe – escores entre 60 e 63; clínico – escores superiores a 64; e normal – escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores limítrofes são entre 65 a 69 e clínico, acima de 70;

7.4.6 *Child Behavior Checklist – Versão 4 a 18 anos (Anexo D)* – Esta versão faz parte de um conjunto de avaliações formuladas por Achenbach (1991), destinado à obtenção de taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças e adolescentes de 4 a 18 anos de idade, a partir do relato dos pais. É composto por 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação de competência social e 118 à avaliação de problemas de comportamento. O informante é orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança ou adolescente nos últimos seis meses numa escala de 0-1-2 pontos, de forma idêntica ao já descrito anteriormente na versão para pré-escolares. Oito síndromes comportamentais são avaliadas quanto a sua presença ou ausência:

Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade e Depressão, Problemas Sociais, Problemas no Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinqüente e Comportamento Agressivo. Também se avalia a criança como clínica, normal ou limítrofe quanto a seu *Funcionamento Global* e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante* por meio de uma análise computadorizada. Os valores dos escores em *Funcionamento Global*, *Perfil Internalizante* e *Perfil Externalizante* são: limítrofe – escores entre 60 e 63; clínico – escores superiores a 64; normal – escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores limítrofes são entre 66 a 70 e clínico, acima de 71;

7.4.7 *Questionário de Situações Domésticas – QSD (Anexo E)*: Este instrumento é uma tradução do *Home Situations Questionnaire* (Barkley, 1987), e consta de uma lista com 16 situações potencialmente geradoras de conflito entre pais e crianças pequenas no contexto doméstico. Solicita-se ao respondente, pai ou mãe, que assinale “sim” ou “não” considerando se a criança apresenta algum problema em obedecer instruções, ordens ou regras dos pais nas situações descritas. Se “sim”, é solicitada uma avaliação da severidade do problema numa escala de 1 (leve) e 9 (severo). Este questionário apresenta a vantagem de permitir tanto a comparação das crianças com seus pares normais, quanto à mensuração das mudanças em função de intervenção realizada com os pais ou com a própria criança. Pontuações de intensidade de 1 a 3 são consideradas leves, de 3 a 6 moderadas e de 7 a 9 severa. O QSD possui dados normativos por idade e sexo. Para presente pesquisa devido à dificuldade de separar as idades considerou-se uma média dos escores de corte da normatização: seis situações e intensidade três. Valores acima foram considerados clínicos e abaixo, não clínicos;

7.4.8 *Folha com as instruções das habilidades-alvo (Anexo F):* Adaptado pela autora da pesquisa das habilidades propostas por Hembree-Kigin & McNeil (1995), apresentava as habilidades “elogiar mais” e “criticar menos”, as razões pelas quais esses comportamentos deveriam ser emitidos ou suprimidos pelos pais, o que fazer no lugar de criticar (como ignorar o comportamento inapropriado) e exemplos de como isso poderia ser feito, incluindo o que poderia ser dito à criança;

7.4.9 *Folha para registro da tarefa de casa (Anexo G):* Elaborada pela autora da presente pesquisa para registro dos pais em casa da execução ou não da tarefa de casa. Conta com espaço para registro das habilidades parentais a serem praticadas, dos dias em que a tarefa de casa foi efetuada e de dúvidas ou comentários para discussão com o orientador na sessão seguinte;

7.4.10 *Lista de elogios (Anexo H):* Elaborada pela autora da presente pesquisa para complementar a explicação da habilidade “elogiar mais”. Consta de uma lista com exemplos de dez verbalizações parentais referentes a elogios descritivos, e dez elogios genéricos, para dar modelo aos pais. Foi elaborada após o estudo piloto (Moura, Silveiras, Jacovozzi, Silva e Casanova, 2007, no prelo) onde se detectou a dificuldade dos pais em saber o que dizer para valorizar o comportamento apropriado das crianças;

7.4.11 *Inventário Beck de Depressão – BDI (Anexo I):* Os 21 itens que compõem foram originalmente derivados de observações e sumarizados de atitudes típicas e sintomas apresentados por pacientes psiquiátricos (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1982). Durante aplicação do instrumento, solicita-se que o sujeito informe quanto à intensidade dos sintomas, com base em como se sentiu na semana que passou, incluindo aquele dia,

numa escala crescente de severidade que varia entre 0 e 3. O BDI tem sido bastante utilizado por diversos autores para avaliar a ocorrência e a gravidade do distúrbio em pais que participarão de programas de treinamento. Além de permitir uma avaliação rápida, o inventário também fornece importantes dados acerca de pensamentos negativos do sujeito, tais como suas expectativas de que tudo sairá mal, sua visão de si mesmo como fracasso, sua crença de que é incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda ou seus pensamentos suicidas. Os escores para a versão em português (Cunha, 2001) são depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35), e depressão grave (36-63);

7.4.12 Escala de ajustamento conjugal – MAT (Anexo J): tradução do *Marital Adjustment Test* (Locke & Wallace, 1959) este instrumento tem por objetivo avaliar a satisfação conjugal de ambos os cônjuges. As concordâncias e discordâncias entre o casal são avaliadas em várias áreas do relacionamento, tais como manejo das finanças da família, assuntos de lazer, demonstração de afeto, amigos, relações sexuais, filosofia de vida (ideais e objetivos), modo de lidar com os parentes, etc. A pontuação de corte nesse instrumento é 100, valores acima indicam satisfação conjugal e abaixo indicam insatisfação do indivíduo com o casamento;

7.4.13 Categorias para análise das interações pais-filhos (Anexo K): Adaptado de Hembree-Kigin & McNeil (1995) pela autora da presente pesquisa, apresenta as definições das categorias de comportamento parentais e infantis a serem observadas e critérios para considerar uma unidade de análise das interações pais-filhos. Outros estudos têm usado categorias similares (Forehand et al., 1978; Sharry, Guerin, Griffin e Drumm, 2005) em função de que avaliar a frequência de ocorrência de tais padrões de

comportamentos tem se mostrado uma medida válida e sensível o bastante para determinar efeitos significantes de intervenções em contextos clínicos e domésticos com a população encaminhada para atendimento;

7.4.14 Folha para registro dos comportamentos parentais e infantis (Anexo L): elaborada pela autora do presente trabalho, consta de duas partes para registro de frequência de ocorrência das categorias de interesse da mãe e da criança na situação de interação lúdica gravada em vídeo. Cada parte está dividida em quatro intervalos de cinco minutos, para facilitar o retorno a algum ponto em que seria necessário rever a interação. Consta também, espaço para anotar a frequência total de cada uma das categorias, identificação da dupla em interação, nome do orientador e do observador;

7.4.15 Inventário de satisfação do consumidor (Anexo M): adaptado do *Therapy Attitude Inventory – TAI* (Eyberg, 1993), foi aplicado na avaliação de seguimento de três meses para avaliar a satisfação dos membros com o procedimento empregado. Consta de nove questões sobre o impacto da intervenção recebida em áreas como confiança nas próprias habilidades para disciplinar a criança, qualidade da interação pai-criança, comportamento infantil e ajustamento familiar. O respondente é solicitado a responder em uma escala de 1 a 5, onde 1 indica insatisfação com procedimento e 5 indica satisfação máxima com o procedimento ou orientação recebida. A pontuação individual total no instrumento poderia variar entre 9 e 45, sendo que marcas entre 9 e 18 indicariam insatisfação com a intervenção, pontuação entre 36 e 45 indicaria satisfação e escores intermediários (entre 19 e 35) indicariam neutralidade, ou seja, indiferença em relação ao formato da intervenção recebida.

7.5 Procedimento

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado conforme as etapas descritas abaixo.

ETAPA 1 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

a) Avaliação do Problema da Criança

Todas as mães que responderam ao anúncio, assim como as mães com filhos em lista de espera da clínica foram chamadas a responder individualmente o *Child Behavior Checklist* (CBCL) para avaliar os problemas comportamentais da criança. Mães com crianças até cinco anos responderam o CBCL 1 ½ a 5 anos (Anexo C), e as mães cujos filhos já tinham completado seis anos responderam o CBCL 4 a 18 anos (Anexo D).

As mães cujas crianças apresentaram escore clínico mais alto para problemas externalizantes do que internalizantes, e cuja síndrome de maior escore foi comportamento agressivo, foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a continuar a avaliação com vistas à participação na mesma. As que aceitaram, passaram então a continuidade da avaliação descrita a seguir. As demais foram chamadas para uma devolução dos dados do CBCL e realizaram de duas a três sessões individuais com as terapeutas da equipe de pesquisa para dirimir dúvidas e receber orientação quanto aos problemas que enfrentavam com seus filhos. Após isso, as que desejaram foram mantidas em lista de espera na Clínica-Escola da Universidade.

b) Avaliação dos Indicadores Emocionais da Mãe

As mães que aceitaram dar prosseguimento à avaliação, responderam ao Inventário Beck de Depressão – BDI (Anexo I) e a Escala de Ajustamento Conjugal – MAT

(Anexo J). Foram selecionadas para participação na pesquisa as mães cujos escores de depressão e ajustamento conjugal foram classificados como não-clínicos, ou estavam em faixas próximas aos escores não-clínicos, conforme os seguintes critérios: 1) escores na faixa de depressão mínima (0 a 11) ou leve (12 a 19), no BDI, e acima de 100 (indicativo de ajustamento conjugal) no MAT; 2) escores na faixa de depressão mínima (0 a 11) no BDI e escores até 20 pontos abaixo de 100 no MAT (79 a 99), cujo desacordo conjugal fosse relacionado às dificuldades de manejo do comportamento da criança.

As mães que se encontravam dentro desses critérios e aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo B) e passaram à próxima etapa. As demais foram encaminhadas para outras modalidades de orientação ou de atendimento psicoterápico na Clínica-Escola.

Concluída essa etapa, as duplas foram designadas aleatoriamente para um dos dois grupos de pesquisa: grupo de orientação verbal (GV) ou grupo de orientação por *video feedback* (GVF). Como as mães eram atendidas individualmente, conforme as duplas atingiam essa etapa, iam sendo designadas, alternadamente para um dos dois grupos.

ETAPA 2 – AVALIAÇÕES PRÉ-INTERVENÇÃO

a) Entrevista e Questionário de Situações Domésticas

As mães participantes foram entrevistadas para a coleta de informações sobre os problemas comportamentais, história de desenvolvimento da criança, condições do ambiente familiar e escolar (Anexo A) e aplicação do *Questionário de Situações Domésticas* – QSD (Anexo E). As situações descritas na entrevista e no QSD, e os dados observacionais (Etapa 2b) de cada dupla mãe-criança, foram usados como exemplos nas respectivas sessões

de intervenção, com o objetivo de individualizar as instruções, e assim facilitar a compreensão do uso do reforçamento diferencial como estratégia de manejo do comportamento da criança.

b) Coleta de Dados Observacionais

Após a Etapa 2a, gravou-se em vídeo com cada dupla mãe-criança, uma interação de 20 minutos em situação de brincadeira livre, para a mensuração das categorias de comportamento parental e da criança. As gravações eram realizadas no *Laboratório de Estudos do Comportamento Humano* ou em uma das salas de atendimento da Clínica Psicológica. As salas eram amplas, e os poucos móveis eram afastados para que um tapete (2m x 1,5m) fosse colocado no chão com os três brinquedos. A câmera acoplada ao tripé era posicionada em frente ao tapete. A estagiária conduzia a mãe e a criança até a sala e orientava para se sentassem ao chão e brincassem livremente com os brinquedos disponíveis. Ao final dos 20 minutos, interrompia a brincadeira e marcava com a mãe a sessão de orientação.

Dois observadores assistiam posteriormente ao vídeo e realizavam um registro de frequência das respostas verbais da mãe, e das respostas de interesse da criança, tanto verbais quanto não-verbais durante todo o tempo de interação (ver definições das categorias – Anexo K e modelo da folha de registro utilizada – Anexo L). O índice mínimo de concordância entre observadores que deveria ser atingido era de 85%.

Esse registro de frequência foi utilizado como avaliação do perfil comportamental inicial da mãe servindo assim de base para demonstrar seus acertos e erros e ensina-la a fazer uso do reforçamento diferencial. Essa medida observacional da interação mãe-criança foi tomada também uma semana após a primeira e a segunda sessão de intervenção, cujos dados subsidiavam a intervenção realizada na sessão subsequente, conforme explicado abaixo.

ETAPA 3 – INTERVENÇÃO

Os dois grupos receberam as mesmas instruções sobre como fazer uso do reforçamento diferencial para obter mudanças no comportamento da criança. Todo o processo de intervenção consistiu de três sessões, de uma hora de duração, em que apenas a mãe comparecia para a orientação. As sessões de orientação eram precedidas pelas sessões de gravação em vídeo, conforme descrito no Quadro 2. Entre uma sessão de orientação e a próxima gravação, um intervalo de espera de uma semana era obrigatório para que a mãe tivesse tempo de realizar a tarefa de casa, descrita a seguir, sendo que entre a gravação e a orientação seguinte, o intervalo poderia ser menor, dependendo do tempo despendido pela equipe de pesquisa na categorização da interação registrada.

Cada interação gravada em vídeo era categorizada por dois observadores independentes. Adicionalmente aos dados quantitativos derivados da categorização, o terapeuta também assistia ao vídeo e realizava uma análise das cenas, conforme o esquema apresentado no Quadro 1, para a realização do *feedback* à mãe.

Quadro 1. Esquema para análise e feedback das interações com objetivo de ensinar o uso do reforçamento diferencial às mães nas sessões de orientação.

Cena continha ocasião para...	E a mãe ...	O feedback do terapeuta era de tal comportamento era considerado...
1. ELOGIOS (Criança emitia comportamento apropriado)	a. ELOGIAVA	<i>Adequado. Esse o comportamento precisa aumentar de frequência: reforçar as respostas adequadas da criança.</i>
	b. CRITICAVA	<i>Inadequado. Mãe podia estar exigindo demais da criança e punindo suas tentativas de acerto.</i>
	c. IGNORAVA	<i>Inadequado. Mãe podia estar esperando a resposta desejada ser emitida para reforçar e perdendo oportunidades de ensiná-la.</i>
2. CORREÇÃO (Criança emitia comportamento inapropriado)	a. REDIRECIONAVA	<i>Adequado. Mãe ensinava o desempenho desejado sem verbalizar que a criança tinha cometido um “erro”.</i>
	b. CRITICAVA	<i>Inadequado. A crítica podia estar funcionando como reforço na ausência ou baixa frequência de valorização do comportamento adequado.</i>
	c. IGNORAVA	<i>Adequado. Alguns comportamentos “de criança” ou próprios para a idade não precisavam ser corrigidos e poderiam ser ignorados.</i>

A única diferença entre os grupos foi quanto ao uso do *vídeo feedback*. No GVF as mães receberam as orientações descritas acima assistindo em vídeo seu desempenho na sessão lúdica precedente, e no GV a orientação por meio do “ver o vídeo junto com o orientador” estava ausente, sendo as mães orientadas nos mesmos moldes, apenas verbalmente. Em resumo, as mães eram ensinadas a “elogiar mais” e “criticar menos” (ver descrição das habilidades-alvo – Anexo F), ou seja, aumentar a frequência dos elogios ao comportamento apropriado da criança e a diminuir a frequência das críticas ao comportamento inapropriado, ignorando-o quando possível, evitando assim cair na armadilha do reforçamento positivo por meio da atenção negativa, por meio de “brincas e sermões”.

Após cada sessão de orientação, as mães recebiam instruções e folha de registro (Anexo G) para a realização de uma tarefa de casa que consistia em 10 minutos diários de brincadeira livre com a criança praticando as habilidades de “elogiar mais” e “criticar menos”. A brincadeira em casa deveria ser selecionada pela criança e não deveria envolver atividades que não proporcionassem interação (como assistir televisão), e nas quais o desempenho do adulto fosse superior (como leitura de histórias), ou ainda, jogos competitivos ou agressivos. Na terceira sessão de orientação, as mães, recebiam uma devolução geral dos resultados obtidos e preenchiam novamente o *Questionário de Situações Domésticas (QSD)*.

Toda a seqüência de aplicação dos procedimentos que compõe as Etapa 2 e 3, assim como o conteúdo das sessões, está descrita no Quadro 2.

Quadro 2. Descrição dos procedimentos das sessões de pré-intervenção (Etapa 2) e intervenção (Etapa 3) do estudo.

SESSÃO	ETAPAS/ PROCEDIMENTOS
Etapa 2 – Avaliações Pré-Intervenção	
1	2a. Entrevista e Questionário de Situações Domésticas <ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista para avaliação do comportamento da criança (<i>Roteiro para entrevista clínica inicial</i> - Anexo A) • Aplicar o <i>Questionário de Situações Domésticas</i> (Anexo E)

Quadro 2. (continuação)

2	<p>2b. Coleta de Dados Observacionais</p> <p>(primeira gravação em vídeo da interação mãe-criança)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravar 20 minutos de brincadeira da mãe com a criança em situação de interação livre, utilizando os seguintes brinquedos: lousinhas mágicas, Lego e Pula-Pirata; • Instruir as mães para brincarem livremente com a criança com os brinquedos disponíveis, não sendo necessário brincar com todos eles durante a interação; • Interromper a gravação após o tempo estabelecido e marcar data e horário para a realização da primeira sessão de orientação; • Após a sessão de gravação, encaminhar aos observadores o vídeo para categorização; • Elaborar uma tabela demonstrativa das frequências médias de resposta tanto da criança quanto da mãe, após receber os dados da categorização, para utilização na sessão de orientação; • Assistir ao vídeo e registrar as cenas ilustrativas dos acertos e erros da mãe para discussão na sessão de orientação.
Etapa 3 – Intervenção	
3	<p>Primeira sessão de orientação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar à mãe a tabela com os resultados da avaliação observacional e explicar que o objetivo principal da intervenção proposta é mudar os comportamentos parentais para, em consequência, obter alteração nos comportamentos infantis; • Explicar à mãe em linguagem apropriada, a relação ABC (antecedente – comportamento – consequência), enfatizando que qualquer comportamento/interação depende do que acontece principalmente depois de uma dada resposta/algo que a criança faz, aumentando ou não a probabilidade de que essa resposta venha ocorrer novamente; • Explicar o princípio do reforçamento diferencial – “elogiar mais e criticar menos”. Explicar que o que está provavelmente acontecendo é o reforço dos comportamentos inadequados através da atenção negativa (críticas), e que a mãe precisa aprender a reforçar os comportamentos adequados da criança com atenção positiva (elogios), ignorando os comportamentos inadequados; • Usar exemplos ocorridos no vídeo selecionados conforme descrição apresentada no Quadro 1, para ilustrar a discussão (neste ponto, se estiver trabalhando com o GVF, exibir no vídeo as cenas selecionadas, ilustrando a explicação); • Introduzir as <i>Folha com as Instruções das Habilidades-Alvo (Anexo F)</i> e complementar a explicação com a lista de exemplos de elogios (Anexo H) • Entregar ambas as folhas aos pais para usarem como lembretes em casa; • Explicar a tarefa em casa: brincar junto com a criança por 10 minutos diários, sem interrupção, em situações que promovam interação positiva, nas quais a mãe deve treinar as habilidades-alvo. • Entregar a folha de registro da tarefa de casa (Anexo G) • Orientar para que nas outras interações do dia a mãe tente manter o uso das habilidades. Quando não for possível, tratar a situação do modo habitual e relata-la na próxima sessão de orientação para discussão.

Quadro 2. (continuação)

4	<p>Segunda gravação em vídeo da interação mãe-criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar os mesmos procedimentos descritos para a primeira gravação, com os seguintes brinquedos: Tapa-Certo; Lego e Pula-pirata; • Recolher o registro da tarefa e entregar novo formulário de registro para a tarefa da semana; • Após a sessão de gravação, encaminhar aos observadores o vídeo para categorização; • Acrescentar à tabela demonstrativa das médias das categorias, os dados da segunda sessão de gravação; • Assistir ao vídeo e registrar as cenas ilustrativas dos acertos e erros da mãe durante a segunda gravação para discussão na próxima sessão de orientação.
5	<p>Segunda sessão de orientação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar à mãe, a tabela com os resultados da categorização da segunda gravação, apontando tanto as melhoras quanto as falhas em relação às metas “elogiar mais e criticar menos”; • Revisar a tarefa de casa discutindo os problemas relatados quanto à execução da mesma durante a semana, assim como outros problemas comportamentais ocorridos, sempre orientando no sentido do uso do reforçamento diferencial; • Usar exemplos ocorridos no vídeo para mostrar as melhoras e os comportamentos que ainda precisam mudar (novamente, se estiver trabalhando com o GVF, exibir no vídeo as cenas selecionadas); • Dar idéias de como a mãe poderia evitar a crítica e tentar redirecionar o comportamento-problema da criança (por exemplo: trocar frases negativas por outras de sentido positivo; explicar e demonstrar uma forma alternativa que a criança poderia fazer no lugar do comportamento considerado inadequado; etc.). • Explicar os efeitos esperados do uso do reforçamento diferencial: ignorar os comportamentos inadequados do filho pode levar a uma piora inicial, pois a retirada da punição pode fazer com que o comportamento punido volte a ocorrer. Mas a consistência no uso do procedimento fará com que o comportamento da criança se estabilize na direção desejada; • Passar novo registro para tarefa de casa que deve ser mantida até a próxima gravação.
6	<p>Terceira gravação em vídeo da interação mãe-criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem procedimentos da primeira gravação com os brinquedos: Tapa-certo, Lego e Dominó de Animais; • Recolher o registro da tarefa e entregar novo formulário de registro para a tarefa da semana; • Após a sessão de gravação, encaminhar aos observadores o vídeo para categorização; • Acrescentar à tabela demonstrativa das médias das categorias, os dados da terceira sessão de gravação; • Assistir ao vídeo e registrar as cenas ilustrativas dos acertos e erros da mãe durante a terceira gravação para discussão na próxima sessão de orientação dando ênfase às situações que ilustram as mudanças positivas da mãe com conseqüente impacto sobre o comportamento da criança.

Quadro 2. (continuação)

7	<p>Terceira sessão de orientação e devolução dos resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar resultados das médias dos comportamentos categorizados nas três interações juntamente com a porcentagem de melhora ou piora. Explicar que uma mudança de comportamento de 30% para mais ou para menos é considerada clinicamente relevante. Elogiar a melhora/ mudança dos pais. • Discutir com os pais a relação entre a mudança no comportamento deles e conseqüente mudança no comportamento da criança (a criança mudou porque os pais mudaram). • Relatar as mudanças observadas para o GV, para o GVF assistir as cenas selecionadas que ilustram o uso correto das novas habilidades pela mãe. • Recolher o registro da tarefa de casa; • Aplicar novamente o <i>Questionário de Situações Domésticas</i>; • Combinar a realização das sessões de seguimento e pedir para os pais anotarem suas dúvidas durante os períodos sem atendimento.
---	---

ETAPA 4 – AVALIAÇÕES DE SEGUIMENTO

a) *Seguimento de um mês*

Após um mês do término da intervenção, as mães realizaram novamente os procedimentos de medida observacional nos moldes da Etapa 2b e responderam ao Child Behavior Checklist (CBCL) e ao Questionário de Situações Domésticas (QSD) para nova avaliação da frequência e intensidade dos problemas comportamentais da criança. Optou-se por reaplicar o CBCL no seguimento de um mês e não na terceira sessão de orientação, em função da intervenção ter tido duração aproximada de dois meses, período solicitado pelo instrumento para avaliação do comportamento da criança. Hipotetizou-se que, se a mãe mantivesse os procedimentos aprendidos, um mês após, o instrumento já poderia detectar mudanças comportamentais das crianças.

b) *Seguimento de três meses*

Após três meses do término da intervenção, as mães foram chamadas a responder novamente ao *Child Behavior Checklist (CBCL)* e ao *Questionário de Situações*

Domésticas (QSD). Responderam ainda ao *Inventário de Satisfação do Consumidor* (Anexo M) para avaliação da satisfação dos mesmos com a orientação recebida.

c) Seguimento de um ano

Um ano após o término da intervenção os mesmos procedimentos da primeira avaliação de seguimento foram realizados: registro em vídeo da interação nos moldes da Etapa 2b, e aplicação do *Child Behavior Checklist (CBCL)* e do *Questionário de Situações Domésticas (QSD)* com as mães que foram localizadas e concordaram com esta avaliação.

ETAPA 5 – ANÁLISE DOS DADOS

Nem todas as categorias descritas no Anexo K, e registradas pelos observadores, foram analisadas em função dos objetivos do estudo. As duas categorias de “elogios” e a categoria “críticas” foram selecionadas para análise por serem as respostas componentes do uso do reforçamento diferencial ensinado às mães. Algumas categorias registradas foram utilizadas para realizar cruzamentos de interesse, como as medidas de *responsividade da mãe* (frequência total de elogios descritivos + elogios genéricos dividida pela frequência total de obediência da criança), *responsividade da criança* (frequência total de obediências dividida pela soma das frequências totais de perguntas e ordens maternas), e a *proporção elogios x críticas* (frequência total de elogios (genéricos + descritivos) divididos pelo total de críticas/ restrições).

Dessa forma, as categorias infantis *obediência* e *não obediência* não serão apresentadas de forma independente, uma vez que o interesse nestas categorias reside na relação que elas mantêm com as instruções maternas e não na sua ocorrência no tempo.

Os dados obtidos pelo QSD serão apresentados integralmente quanto ao número de situações e intensidade dos problemas medidos por este instrumento. Os dados do CBCL foram selecionados para análise de acordo com os objetivos do estudo, assim serão apresentados os escores referentes ao *Funcionamento Global* das crianças, escores do *Perfil Externalizante*, e os escores da síndrome *Comportamento Agressivo*.

a) *Análise estatística de comparação entre os grupos*

Os dados obtidos através das avaliações pré e pós-orientação do GV e GVF foram analisados pelo Teste de Mann-Whitney – teste não-paramétrico de comparação entre amostras independentes adotando-se o índice de significância de 0,05.

b) *Análise descritiva dos resultados entre os grupos*

Os mesmos dados foram analisados de forma descritiva, apresentando-se as Figuras com as médias de cada grupo e descrevendo-se as mudanças ocorridas em termos de diferença percentual e/ou número médio de respostas de cada grupo nas categorias avaliadas ou escores médios obtidos nos instrumentos padronizados.

c) *Análise da Significância Clínica*

Para análise da significância clínica adotou-se o critério de comparar os grupos quanto à porcentagem de clientes que alcançaram escores na faixa não-clínica nos instrumentos padronizados após a intervenção. Para dados provenientes das medidas observacionais, adotou-se uma abordagem estatística probabilística segundo os critérios de Jacobson e Truax (1991). O modelo dos autores, denominado *Índice de Mudança Confiável* (*Reliable Change Index*) será explicado no início da seção 8.3 referente aos resultados provenientes dessa forma de análise.

8 RESULTADOS

Os resultados estão divididos em três partes: 1) análise estatística dos resultados entre grupos; e 2) análise descritiva dos resultados entre os grupos; 3) análise da significância clínica. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa **BioEstat 4.0** (*Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biomédicas*) optando-se pela aplicação do teste de Mann Withney, de comparação entre amostras independentes. O índice de significância adotado foi de 0,05 (índice aceitável para pesquisas em ciências sociais). Considerou-se resultado com tendência a significância estatística valores entre 0,06 e 0,09.

A análise descritiva foi realizada de forma comparativa utilizando-se as frequências ou porcentagens médias dos grupos para cada categoria ou os escores médios dos instrumentos padronizados. A análise de significância clínica foi realizada adotando-se o *Índice de Mudança Confiável (Reliable Change Index)* definido por Jacobson e Truax (1991) e que será explicado no início da seção 8.3, referente à apresentação destes dados.

Os dados analisados nas três partes se referem a: 1) frequência de ocorrência das respostas de interesse da mãe (elogios descritivos, genéricos, e críticas) realizada a partir da gravação em vídeo das interações lúdicas; 2) cruzamentos de algumas categorias de interesse da mãe e da criança, para análise da responsividade de ambos, e da proporção elogios \times críticas da mãe dirigidas à criança; e 3) escores obtidos nos instrumentos padronizados (QSD e CBCL).

A Tabela 3 apresenta a comparação estatística entre as principais características das duplas mãe-criança que participaram da pesquisa em cada um dos grupos de intervenção. Como os participantes foram designados aleatoriamente para um dos dois

grupos, essa análise tinha o objetivo de identificar se os grupos não diferiam entre si quanto às características apresentadas no início da pesquisa, o que poderia interferir nos resultados.

Tabela 3. Comparação entre as características iniciais das mães e das crianças que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo.

<i>Características</i>	<i>GV</i>		<i>GVF</i>		<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	
<i>Das mães</i>					
<i>Idade das mães</i>	31,5	10,47	32,2	6,05	0,8568
<i>Número de filhos</i>	1,9	1,05	1,7	0,67	0,6441
<i>BDI</i>	9,5	5,66	9,1	5,0	0,9097
<i>MAT</i>	108,4	13,3	109,7	16,48	0,6588
<i>Das crianças</i>					
<i>Idade</i>	4,0	1,05	4,6	1,58	0,3305
<i>CBCL externalizante</i>	74,2	6,91	73,3	4,92	0,8798
<i>CBCL C. Agressivo</i>	76,2	9,43	77,5	6,2	0,6501
<i>QSD No. Situações</i>	8,9	1,91	11,0	2,45	0,0640**
<i>QSD Intensidade</i>	6,0	1,21	5,3	1,44	0,1620

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Observa-se na tabela acima que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, podendo-se dessa forma afirmar que a amostra apresenta características inicialmente semelhantes. A diferença *quase* significativa encontrada para o número de situações-problema no QSD será melhor analisada na Tabela 5.

8.1 Análise Estatística dos Resultados entre os Grupos

Os grupos GV e GVF foram comparados estatisticamente quanto aos resultados exibidos por ambos nas avaliações observacionais do comportamento das mães e das crianças realizadas nas condições, pré-intervenção (1ª gravação), durante (2ª gravação) e

pós-intervenção (3ª gravação), assim como no seguimento de um mês, onde a interação também foi gravada em vídeo. O índice mínimo de concordância aceite foi de 85%, sendo que a média obtida entre os observadores foi de 94% para o comportamento das mães e 93,6% para o comportamento das crianças.

A Tabela 4 mostra a comparação entre as médias obtidas em ambos os grupos nas categorias referentes ao reforçamento diferencial (elogios genéricos e descritivos e críticas/ restrições). Como os dados apresentados referem-se à análise das interações, o termo “gravação” será substituído por “interação” nas tabelas.

Tabela 4. Comparação entre as frequências médias de elogios descritivos, elogios genéricos e críticas de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês.

<i>Categorias Maternas</i>	<i>GV</i>		<i>GVF</i>		<i>P</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	
<i>Elogios Descritivos</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	0,9	0,91	0,6	0,94	0,3447
<i>2ª. Interação</i>	5,4	5,18	7,2	5,72	0,3643
<i>3ª. Interação (pós)</i>	7,5	4,49	9,2	4,62	0,3258
<i>Seguimento 1 mês</i>	5,1	2,76	6,0	6,18	0,7055
<i>Elogios Genéricos</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	2,4	1,38	6,1	7,16	0,1405
<i>2ª. Interação</i>	10,1	5,37	13,0	7,17	0,2123
<i>3ª. Interação (pós)</i>	12,2	6,75	14,1	6,03	0,3447
<i>Seguimento 1 mês</i>	12,0	5,82	11,8	3,12	0,9097
<i>Críticas/ Restrições</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	12,6	2,17	17,6	9,08	0,1041
<i>2ª. Interação</i>	10,2	6,13	8,6	4,93	0,6776
<i>3ª. Interação (pós)</i>	7,2	4,93	4,0	3,43	0,0963**
<i>Seguimento 1 mês</i>	6,0	3,74	7,9	5,13	0,4963

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Observa-se que estatisticamente os grupos não diferiram entre si quanto aos ganhos médios obtidos, embora as médias do GVF tenham sido na segunda e terceira interações, um pouco mais altas nas categorias *elogios*. Na categoria *críticas/restrições*

observa-se uma redução maior do GVF em relação ao GV, com resultado tendendo a significância estatística na interação pós-intervenção.

A Tabela 5 mostra a comparação entre os resultados obtidos por ambos os grupos no *Questionário de Situações Domésticas (QSD)*, quanto ao número de situações da vida diária em que as crianças apresentavam problemas para seguir as regras e instruções maternas, e quanto à intensidade do problema apresentado pela criança em cada situação, segundo a avaliação da mãe.

Tabela 5. Comparação entre os resultados médios obtidos no QSD por ambos os grupos na avaliação pré, pós e seguimento de um mês e três meses.

<i>QSD</i>	<i>GV</i>		<i>GVF</i>		<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	
<i>Número de Situações-Problema</i>					
<i>Pré</i>	8,9	1,91	11,0	2,45	0,0640**
<i>Pós</i>	6,5	2,55	7,6	2,24	0,3074
<i>Seg. 1 mês</i>	6,4	3,17	9,3	3,77	0,0640**
<i>Seg. 3 meses</i>	6,6	2,65	6,4	2,60	0,9648
<i>Intensidade atribuída</i>					
<i>Pré</i>	6,0	1,21	5,3	1,44	0,1620
<i>Pós</i>	4,4	1,7	2,8	1,43	0,0247*
<i>Seg. 1 mês</i>	4,3	1,76	2,9	1,51	0,1124
<i>Seg. 3 meses</i>	3,7	1,62	2,7	1,52	0,1451

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Observa-se que neste instrumento, os grupos começaram *quase* diferentes em relação ao número de situações na avaliação pré-intervenção, e novamente tenderam a diferenciação na avaliação pós-intervenção. Considerando as médias, observa-se que o GVF mesmo começando duas situações a mais do que o GV na avaliação pré-intervenção, apresenta maior redução na avaliação de seguimento de um mês. Enquanto neste período o GV reduz 2,3 situações, o GVF reduz 4,6 situações, exatamente duas vezes mais.

No aspecto intensidade atribuída houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na avaliação pós-intervenção. Já no seguimento de um mês, e três meses, embora se observe maior redução na intensidade média do GVF em relação ao GV, a análise não apontou diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 6 mostra os resultados comparativos entre os grupos na avaliação realizada por meio do CBCL na avaliação pré-intervenção, e seguimento de um mês e três meses quanto aos escores em *Funcionamento Global*, *Problemas Externalizantes* e *Comportamento Agressivo*.

Tabela 6. Comparação entre os resultados médios obtidos no CBCL por ambos os grupos na avaliação pré e seguimento de um mês e três meses.

<i>CBCL</i>	<i>GV</i>		<i>GVF</i>		<i>P</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	
<i>Escore Total - Funcionamento Global</i>					
<i>Pré</i>	70,6	6,11	71,2	4,69	1,00
<i>Seg. 1 mês</i>	60,1	5,80	58	8,74	0,4727
<i>Seg. 3 meses</i>	55,6	7,71	51,5	7,78	0,2697
<i>Escore Externalizante</i>					
<i>Pré</i>	74,2	6,91	73,7	4,97	0,9397
<i>Seg. 1 mês</i>	62,5	7,81	60,5	8,45	0,4727
<i>Seg. 3 meses</i>	56,2	9,39	55,1	6,86	0,5962
<i>Escore Comportamento Agressivo</i>					
<i>Pré</i>	77,7	8,10	78,6	6,29	0,7055
<i>Seg. 1 mês</i>	62,5	7,68	61,8	10,91	0,5967
<i>Seg. 3 meses</i>	59,1	7,37	56,4	6,65	0,4799

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Novamente observa-se que, embora os escores médios dos três itens do CBCL selecionados para análise apresentem uma redução um pouco maior para o GVF (de um a três pontos), nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada.

A Tabela 7 apresenta a comparação entre os grupos quanto a três cruzamentos de dados denominados *responsividade da mãe*, *responsividade da criança* e *proporção elogios x críticas* nas três interações e no seguimento de um mês.

A *responsividade da mãe* foi medida dividindo-se a frequência total de elogios emitidos pela mãe pela frequência total de obediências da criança às ordens maternas para encontrar a proporção de reações maternas apropriadas a cada comportamento apropriado da criança. A *responsividade da criança* foi medida dividindo-se o número total de obediências emitidas pela criança pela soma das frequências totais de perguntas e ordens emitidas pela mãe, também para encontrar a proporção de reações apropriadas da criança, a cada direcionamento materno. E a *proporção elogios x críticas* foi calculada dividindo-se o total de elogios (genéricos + descritivos) pelo total de críticas/ restrições de cada mãe.

Tabela 7. Comparação entre os resultados médios obtidos por ambos os grupos quanto à responsividade das mães e das crianças, e da proporção elogios por críticas das mães, durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês.

<i>Cruzamentos</i>	<i>GV</i>		<i>GVF</i>		<i>p</i>
	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>	
<i>Responsividade das mães</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	0,10	0,09	0,16	0,14	0,3643
<i>2ª. Interação</i>	0,60	0,52	0,82	0,88	0,4963
<i>3ª. Interação (pós)</i>	0,74	0,41	1,10	0,74	0,2568
<i>Seguimento 1 mês</i>	0,61	0,35	0,67	0,29	0,5708
<i>Responsividade das crianças</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	0,47	0,19	0,47	0,14	0,8206
<i>2ª. Interação</i>	0,50	0,30	0,53	0,18	0,5454
<i>3ª. Interação (pós)</i>	0,50	0,13	0,50	0,08	0,6776
<i>Seguimento 1 mês</i>	0,53	0,14	0,63	0,23	0,1859
<i>Proporção elogios por críticas</i>					
<i>1ª. Interação (pré)</i>	0,23	0,13	0,57	0,67	0,4274
<i>2ª. Interação</i>	2,52	2,55	5,58	8,43	0,4497
<i>3ª. Interação (pós)</i>	5,39	5,71	6,4	4,651	0,2860
<i>Seguimento 1 mês</i>	7,2	10,32	3,75	4,40	0,6776

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Observa-se na tabela acima que as mães, de ambos os grupos, iniciaram a intervenção em média muito pouco responsivas às suas crianças e foram gradualmente aprendendo a responder apropriadamente ao comportamento adequado delas. Embora as mães

do GVF tenham apresentado uma responsividade maior que às do GV, chegando à proporção de 1,1 resposta materna apropriada para cada resposta apropriada da criança na terceira interação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à responsividade das crianças, observa-se que esta não se altera significativamente nem entre os grupos, nem ao longo da intervenção. A responsividade das crianças começa numa proporção de uma resposta adequada para cada duas ordens ou direcionamentos maternos e se mantém neste patamar. Há uma diferenciação entre GV e GVF na avaliação de seguimento, em que as crianças do GVF passam a emitir uma resposta apropriada para cada instrução materna, mesmo assim a análise estatística não apontou diferença entre os grupos.

É interessante notar que a responsividade inicial das crianças é de 50%. Isto é, em média elas seguiam metade das instruções maternas, um índice que poderia ser considerado satisfatório dada a pouca idade das crianças, e também o fato de que na percepção das mães, essas crianças apresentam problemas em obedecer e seguir instruções. O que se evidencia nesta análise é provavelmente, a dificuldade das mães em discriminar e reforçar o comportamento adequado que suas crianças já apresentam em seu repertório, hipótese que será discutida adiante.

Quanto à proporção de elogios para cada crítica realizada pela mãe à criança ou ao seu comportamento, não houve diferença estatística entre os grupos. Comparando-se as médias, o GV apresenta uma proporção maior de elogios em relação às críticas no seguimento de um mês em relação ao GVF. Esse dado será melhor analisado nas próximas sessões, porque duas mães do GVF apresentaram alta frequência de elogios e zeraram em relação às críticas, sendo excluídas do cálculo da média do grupo, porque a proporção não pôde ser calculada individualmente. Nenhuma mãe do GV apresentou frequência zero nesta categoria.

8.2 Análise Descritiva dos Resultados entre os Grupos

Esta seção apresenta a análise descritiva da comparação entre os grupos quanto aos resultados médios apresentados. Os mesmos dados foram analisados comparativamente quanto ao implemento ou redução média na frequência das categorias ou escores dos instrumentos, nas avaliações pós-intervenção e de seguimento.

As Figuras 1, 2 e 3 apresentam a evolução média dos grupos, ao longo das interações registradas em vídeo, quanto à aprendizagem das categorias comportamentais maternas relacionadas ao reforçamento diferencial: *elogios descritivos e genéricos*, e *críticas/restrições*.

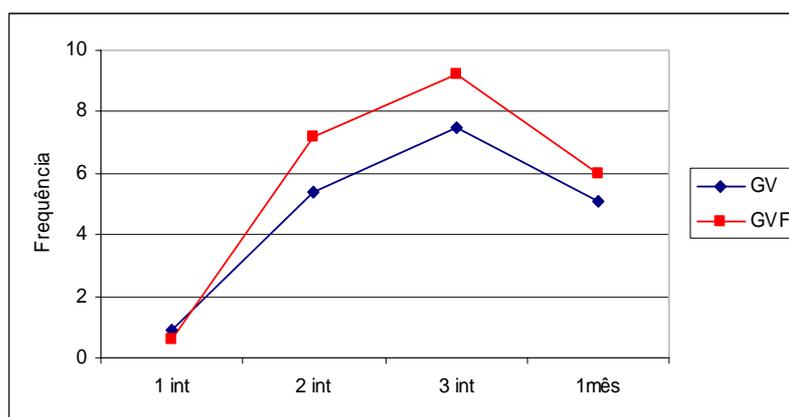


Figura 1. Frequência média de ocorrência de elogios descritivos das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês.

Observa-se na Figura 1 que ambos os grupos evoluem abruptamente na aprendizagem do elogiar de forma descritiva o comportamento da criança. O GV passa de uma média de menos de um elogio descritivo (0,9) para 5,4 elogios ao longo dos vinte minutos e o GVF de 0,6 para 7,6 elogios em vinte minutos. O crescimento entre a 1ª e a 2ª interações é maior para o GVF (aumento de 7 respostas) do que para o GV (aumento de 4,5 respostas), o que significa um implemento de 55,5% a mais nesta categoria para o GVF quando comparado ao crescimento obtido pelo GV.

Observando a curva de aprendizagem dos dois grupos, da 2ª para a 3ª interação não há diferença de crescimento entre os grupos. Uma pequena diferença pode ser observada comparando-se a terceira interação com a avaliação de seguimento. Há uma desaceleração de 33,3% a mais para o GVF em relação ao GV, o que não parece ser significativo, pois em termos de número de respostas equivale a uma diferença de menos de uma resposta (0,8 resposta de diferença). Da primeira interação até o seguimento de um mês, a diferença de crescimento entre os grupos foi de 28,5% para o GVF.

A Figura 2 apresenta a evolução média dos grupos ao longo das interações registradas em vídeo, quanto à categoria materna *elogio genérico*.

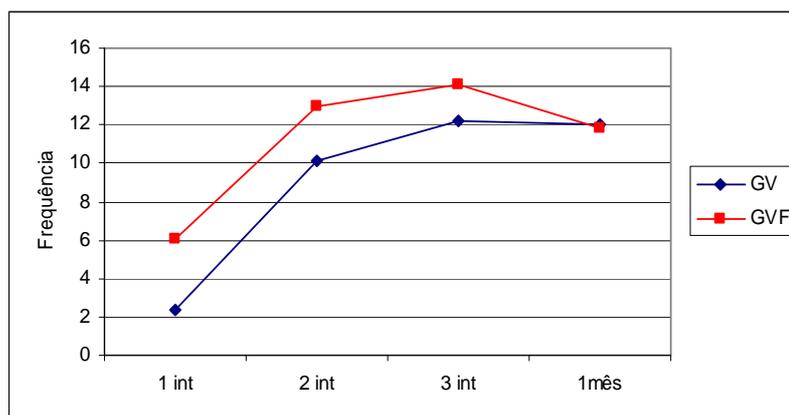


Figura 2. Frequência média de ocorrência de elogios genéricos das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês.

Pode-se observar na Figura 2, que os grupos começam em pontos diferentes e apresentam uma aceleração praticamente igual. No GV há aumento de 7,7 respostas da primeira para a segunda interação e no GVF de 6,9 no mesmo intervalo, diferença pouco significativa, uma vez que se refere novamente a uma variação de 0,8 respostas no total. O GV demonstra estabilidade na frequência de respostas da terceira interação para a avaliação de seguimento, enquanto o GVF apresenta uma redução de 2,3 respostas em média, voltando praticamente à frequência média observada na segunda interação, isto é, ao ganho obtido após

a primeira intervenção. Da primeira interação até o seguimento de um mês, a diferença de crescimento entre os grupos foi de 68,4% a mais para o GV.

A Figura 3 apresenta a evolução média dos grupos ao longo das interações registradas em vídeo, quanto à categoria materna *críticas/restrições*.

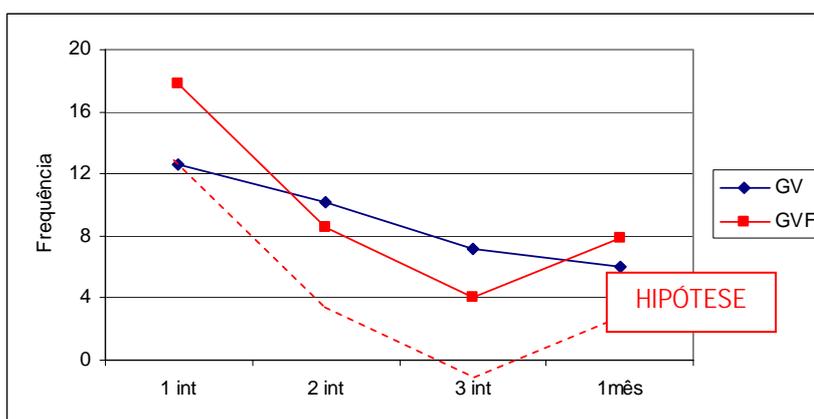


Figura 3. Frequência média de ocorrência de críticas/ restrições das mães de ambos os grupos durante as três interações de vinte minutos e no seguimento de um mês.

Observa-se na Figura 3, que na categoria *críticas/restrições*, assim como na categoria *elogios genéricos*, os grupos apresentam repertórios iniciais diferentes, embora a análise estatística não tenha apontado significância nesta diferença.

Da 1ª para a 2ª interação observa-se uma desaceleração maior para o GVF, diferença de 6,6 respostas entre os grupos. Uma vez que o GV decresceu 2,4 respostas nesta categoria, e o GVF 9,0 respostas, a desaceleração do GVF nesta categoria após a primeira intervenção foi quase três vezes maior. A desaceleração dos grupos se mantém semelhante da segunda para a terceira interação.

Interessante notar, nesta categoria, a evolução dos grupos da terceira interação para o seguimento de um mês. Enquanto o GV praticamente mantém a redução das críticas no mesmo patamar, o GVF volta a apresentar frequência semelhante à obtida na segunda interação. Porém, conforme mostra a linha vermelha tracejada, pode-se hipotetizar que se os grupos tivessem partido da mesma frequência inicial, o GVF apresentaria frequência

zero nesta categoria na terceira interação e em torno de duas respostas no seguimento de um mês.

Assim, a diferença de redução das críticas entre os grupos, da primeira para a terceira interação é de 60,3% e da primeira interação para o seguimento de um mês, é de 47% ambas a mais para o GVF.

A Figura 4 apresenta a comparação entre os resultados obtidos por ambos os grupos no *Questionário de Situações Domésticas (QSD)*, quanto ao (A) número de situações em que as crianças apresentavam problemas para se comportar ou seguir as regras domésticas e (B) à avaliação da intensidade do problema apresentado pela criança em cada situação.

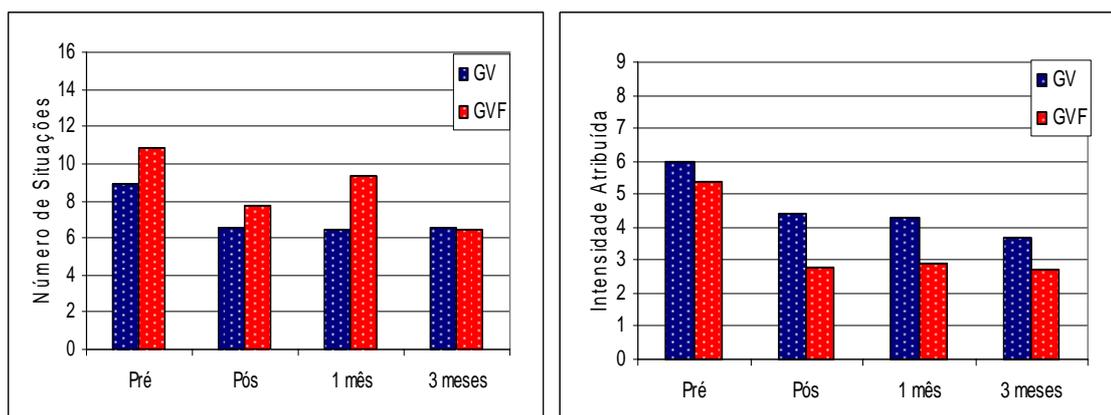


Figura 4. Comparação entre os resultados médios obtidos no QSD por ambos os grupos na avaliação pré, pós e seguimento de um e três meses quanto ao número de situações-problema e a intensidade atribuída aos problemas enfrentados em cada situação.

Observa-se na Figura 4 que o GV reduziu em média, duas situações-problemas ao final da intervenção, e manteve-se neste patamar nas duas avaliações posteriores. O GVF reduziu em média três situações, voltou a aumentar as situações no seguimento de um mês e reduziu três situações no seguimento de três meses, o que no total significa redução de cinco situações, aproximadamente duas vezes mais do que a redução alcançada pelo GV.

Quanto à intensidade, os dois grupos apresentaram redução da avaliação pré para a pós-intervenção, e mantiveram certa estabilidade deste resultado nas avaliações de seguimento. Considerando-se os resultados da avaliação de três meses, o GVF apresentou uma redução maior, dentro da faixa considerada de intensidade leve (escores de 1 a 3), enquanto o GV apresentou resultados de intensidade na faixa moderada (escores de 3 a 6).

A Figura 5 apresenta a comparação entre os resultados obtidos por ambos os grupos no CBCL quanto ao *Funcionamento Global*.

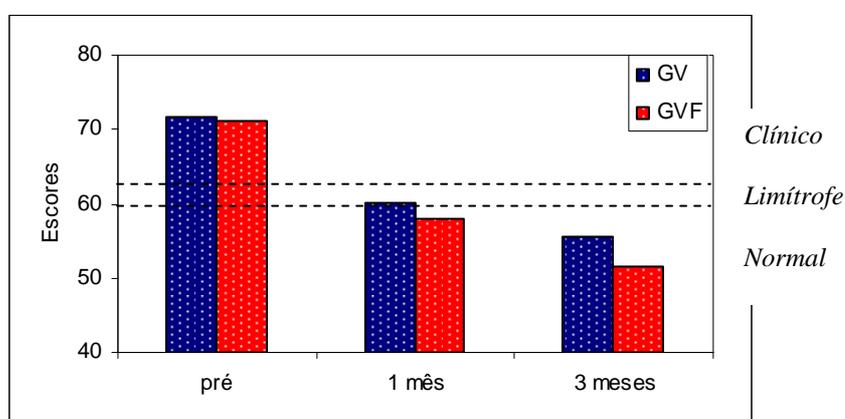


Figura 5. Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL quanto ao Funcionamento Global.

A Figura 5 mostra os escores médios quanto ao *Funcionamento Global* de ambos os grupos no CBCL. Pode-se perceber que o GV decresce para a faixa limítrofe na avaliação de seguimento de um mês, enquanto o GVF sai da faixa clínica. Ambos os grupos continuam apresentando redução dos escores no seguimento de três meses, sendo a redução total da avaliação pré para a avaliação de três meses de 15 pontos em média para o GV, e de 19,7 pontos para o GVF.

A Figura 6 apresenta a comparação entre os escores médios dos grupos no CBCL em *Problemas Externalizantes*.

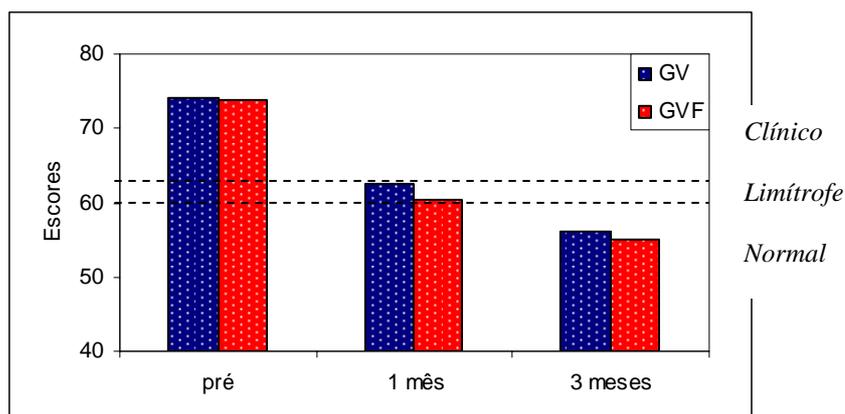


Figura 6. Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL em Problemas Externalizantes.

Ambos os grupos apresentaram sensível redução nos escores em *Problemas Externalizantes*, permanecendo na faixa limítrofe na avaliação de um mês, e evoluindo para a faixa normal na avaliação de três meses. A redução total dos escores neste item, da avaliação pré para a avaliação de três meses foi idêntica para ambos os grupos: 18 pontos em média.

A Figura 7 apresenta a comparação entre os escores médios dos grupos no CBCL na síndrome *Comportamento Agressivo*².

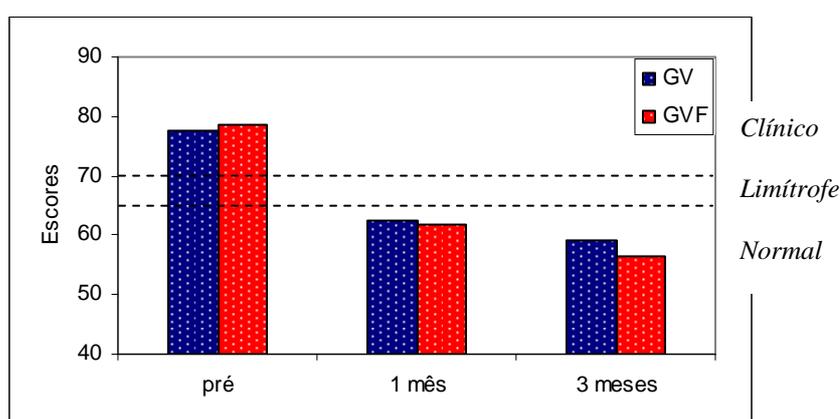


Figura 7. Comparação entre os escores médios obtidos por ambos os grupos no CBCL na síndrome Comportamento Agressivo.

O resultado referente à avaliação do *Comportamento Agressivo* foi semelhante à dos *Problemas Externalizantes*. Hipotetizava-se que esse resultado sofresse mudança

² Os escores da faixa borderline para o formato do CBCL de 1½ a 5 anos vão de 65 a 69 e os do formato de 4 a 18 anos, de 66 a 70, por essa razão, a faixa indicada nesta figura vai de 65 a 70.

significativa decorrente do impacto da aprendizagem do uso do reforçamento diferencial pelas mães sobre os itens da avaliação dessa síndrome, o que se confirmou como mostra a Figura 7.

As crianças de ambos os grupos, na percepção de suas mães, saíram da faixa clínica para a de funcionamento normal na avaliação de um mês e houve uma discreta redução adicional na avaliação de três meses. O GVF reduziu o escore médio da condição pré para o seguimento de três meses 19,3% a mais em relação ao GV, diferença de apenas 3,6 pontos.

A Figura 8 apresenta a comparação entre os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança ao longo das avaliações realizadas.

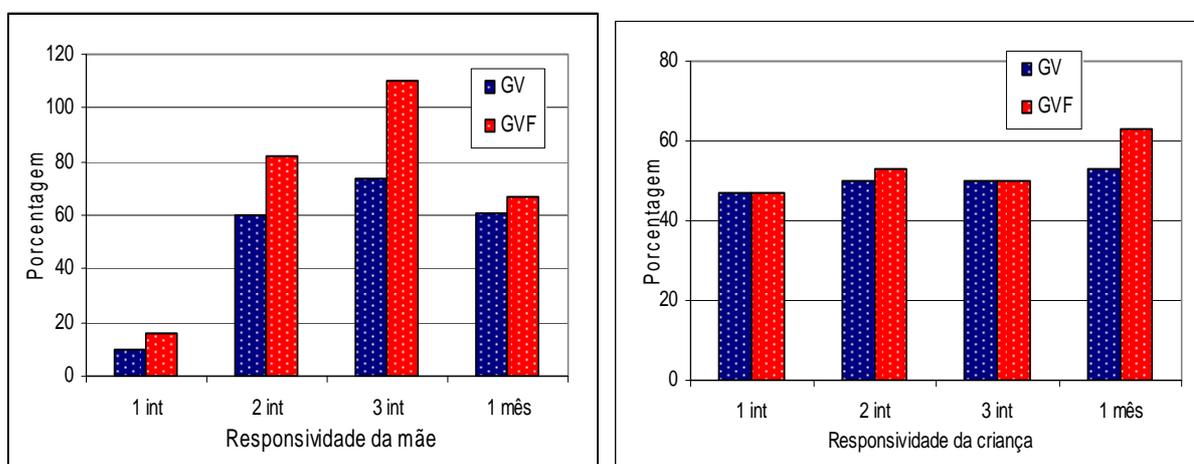


Figura 8. Comparação entre os resultados obtidos por ambos os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança nas três interações realizadas e no seguimento de um mês.

Observa-se na Figura 8 que, embora o GVF apresente uma responsividade maior das mães na segunda e terceira interações, no seguimento de um mês os grupos estão praticamente iguais, e as mães estão respondendo apropriadamente a 60% do comportamento apropriado de seus filhos.

As crianças começam duas vezes mais responsivas a suas mães, do que o inverso. A responsividade média das crianças praticamente não se alterou como resultado da intervenção das mães, embora comparando-se a avaliação pré com o seguimento de um mês, o GVF tenha apresentado incremento de 10% a mais em relação ao GV.

A Figura 9 apresenta a comparação entre os grupos quanto à frequência média de elogios e críticas que as mães emitiram ao comportamento de seus filhos em cada uma das avaliações realizadas por meio do registro em vídeo.

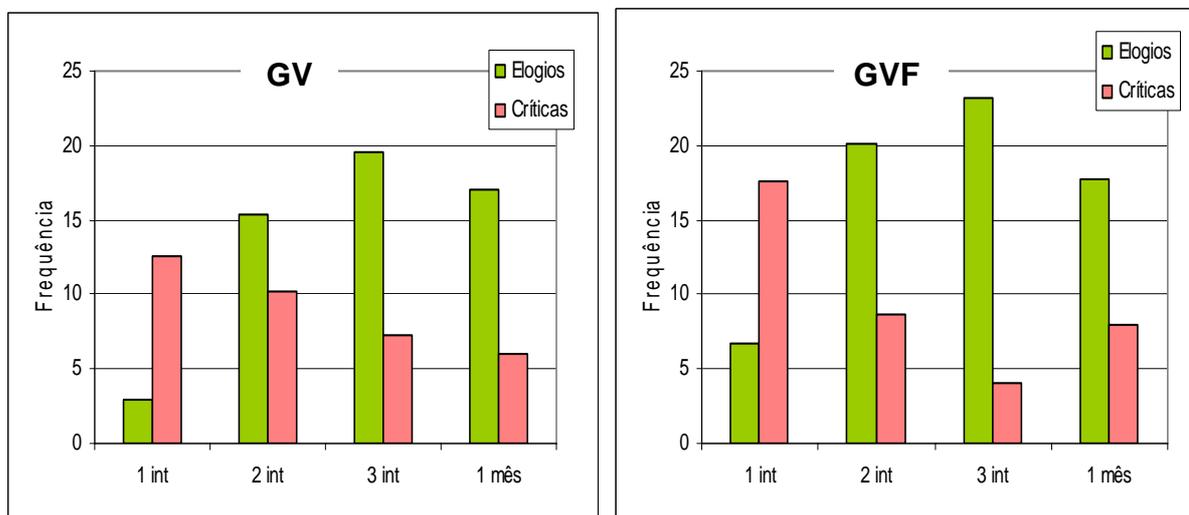


Figura 9. Comparação entre as frequências médias de elogios e críticas das mães ao comportamento de seus filhos, em ambos os grupos, nas três interações realizadas e no seguimento de um mês.

Observa-se na Figura 9 que os dois grupos apresentam uma frequência de críticas ao comportamento da criança três vezes maior do que a de elogios, e que essa relação se inverte já na segunda interação, após as mães terem recebido a primeira intervenção. Observa-se que a inversão é maior para o GVF, que passa a elogiar o dobro do número de vezes que restringe ou critica.

Na terceira interação, novamente o GVF apresenta uma frequência quatro vezes maior de elogios que de críticas, enquanto o GV apresenta frequência duas vezes e meia maior, sendo que no seguimento de um mês a frequência de elogios é a mesma para ambos os grupos. No seguimento de um mês, os grupos estão praticamente iguais na diferença entre elogios e críticas, GV apresenta em média 17 elogios e 6 críticas e o GVF, 17,7 elogios e 7,9 críticas durante os vinte minutos de interação.

8.3 Análise da Significância Clínica

A significância clínica é uma medida que indica a extensão em que as condições de tratamento produziram melhoras clinicamente significativas na população atendida. Para Jacobson & Truax (1991), a significância clínica de uma intervenção se refere a sua habilidade em alcançar padrões de eficácia reconhecidos por consumidores, clínicos e pesquisadores. Uma vez que ainda não há, na literatura, consenso a respeito destes padrões de eficácia, vários critérios descritivos são sugeridos para que se considere que o resultado de determinado tratamento foi clinicamente significativo, como: alta porcentagem de clientes que melhoram; nível de mudança reconhecido por pessoas que convivem com o cliente; eliminação do comportamento-problema; nível não clínico de funcionamento após o tratamento, quando há uso de medidas normativas; e mudanças que reduzem o risco de outros problemas de saúde.

Jacobson e Truax (1991), interessados em definir o que seria uma mudança significativa na pesquisa em psicoterapia, afirmam que o uso da significância estatística é limitado em dois aspectos:

1. os testes estatísticos não informam sobre a variabilidade de resposta à intervenção dentro da amostra (informação que é relevante ao psicólogo clínico);
2. se, do ponto de vista estatístico, a intervenção produziu efeito, isso não significa necessariamente que esse resultado tenha significância clínica, pois a comparação estatística convencional entre grupos diz muito pouco sobre a eficácia da intervenção,

isto é, aos benefícios derivados dela, ao seu impacto nos clientes e à sua capacidade de fazer a diferença na vida das pessoas.

Frente a essas limitações da abordagem estatística convencional, Jacobson e Truax (1991) propõem uma abordagem estatística probabilística para o cálculo da significância clínica. O método proposto por estes autores prevê uma análise comparativa entre os escores pré e pós-intervenção com o objetivo de verificar se as mudanças obtidas são confiáveis e clinicamente relevantes.

Essa forma de analisar os dados implica em:

- a) calcular a confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção, por meio do que os autores denominaram *Índice de Mudança Confiável (IMC)*, o qual mede estatisticamente se a diferença entre as duas avaliações é suficientemente ampla para superar a margem de erro do instrumento utilizado e assim ser considerada uma mudança confiável;
- b) analisar o significado clínico dessas alterações, pois algumas mudanças podem ser confiáveis, mas não alcançar o critério de significância clínica. Assim, melhoras, além de confiáveis, devem ocorrer em um grau que as caracterize como clinicamente relevantes, isto é, indiquem o retorno do indivíduo ao nível de funcionamento normal, (quando houver dados normativos de comparação), ou seu afastamento da amostra disfuncional (quando esses dados não estiverem disponíveis).

O formato de apresentação dos dados segundo este modelo está apresentado na Figura 10.

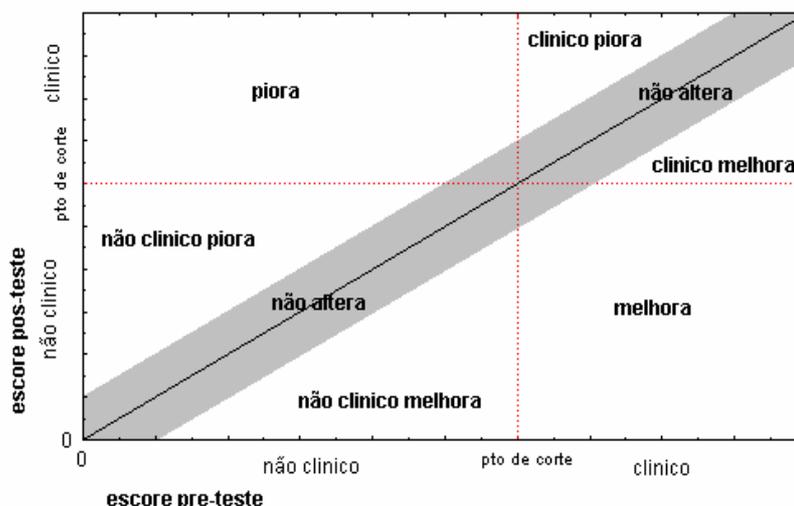


Figura 10. Gráfico-modelo para compreensão da apresentação dos dados de significância clínica conforme a proposta de Jacobson e Truax (1991).

Na Figura 10 pode-se ver que a área sombreada em torno da diagonal dos eixos (delimitada pelo desvio padrão da amostra) delimita a região de não alteração, em que não há diferença estatisticamente significativa entre os dados das avaliações pré e pós-intervenção. As regiões de mudança confiável em termos de melhora ou piora, estarão situadas acima ou abaixo da diagonal, dependendo da maneira como a variável de interesse for considerada, e as regiões de mudança clinicamente significativas são estabelecidas considerando-se os pontos de corte (linhas vermelhas tracejadas), que indicam se os índices são clínicos ou não-clínicos, segundo critérios normativos previamente estabelecidos.

Nas figuras apresentadas a seguir, que mostram essa análise referente aos dados dos clientes do presente estudo, a área de melhora estará localizada acima da diagonal nas categorias cujo aumento na frequência era esperado, como os elogios descritivos e genéricos e a responsividade, tanto das mães quanto das crianças. Nos resultados onde se esperava ocorrência de redução dos escores ou frequência, como as críticas e os resultados do QSD e CBCL, a área de melhora estará localizada abaixo da diagonal. As linhas vermelhas

tracejadas demarcam os pontos de corte (quando houver os dados normativos de comparação) indicando quais resultados encontram-se nas áreas clínicas ou não-clínicas.

Para todos os conjuntos de dados do presente trabalho, o IMC foi calculado e os dados referentes à porcentagem de mães que melhoram, não mudam ou pioram, os quais encontram-se no Anexo N. A seguir serão apresentados, tanto os dados de mudança confiável, quanto de significância clínica, comparando-se a avaliação pré-intervenção com a pós e a avaliação pré-intervenção com os seguimentos de um mês e três meses, referentes a cada uma das categorias e instrumentos analisados³.

A Figura 11 apresenta os dados de mudança confiável referente à categoria *elogio descritivo* comparando-se os dados da 1ª (pré) e 3ª interações (pós) e a Figura 12 os dados da mesma categoria comparando-se a 1ª interação (pré) e o seguimento de um mês.

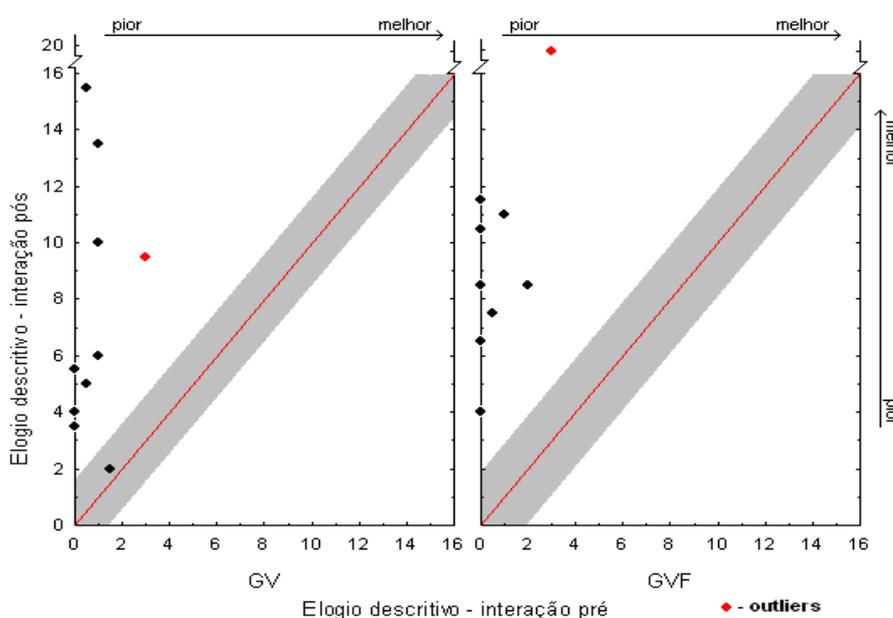


Figura 11. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª Interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria elogio descritivo.

³ Os pontos em vermelho nos gráficos mostram os dados discrepantes da amostra (outliers).

Observa-se na Figura 11 que todas as dez mães do GVF e nove do GV melhoraram em relação aos elogios descritivos da condição pré para a condição pós-intervenção, apenas uma mãe do GV ficou na área de não alteração. As duas mães (uma em cada grupo) que começaram com frequência de elogios descritivos acima da média dos grupos (*outliers*) também apresentaram melhora confiável.

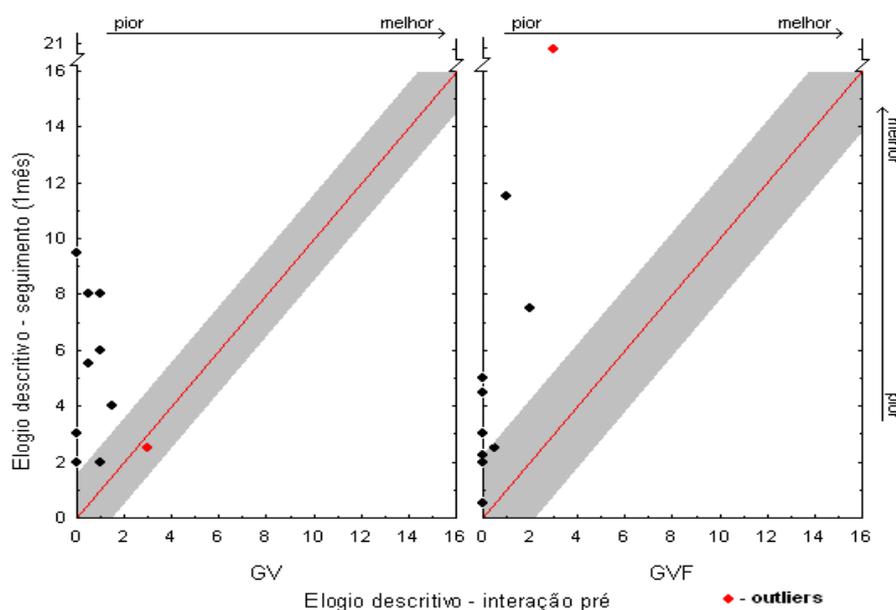


Figura 12. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria elogio descritivo.

A Figura 12 mostra que no seguimento de um mês, oito mães do GV e seis do GVF alcançam a área de melhora. Essa diferença de um caso no pós e dois no seguimento de um mês é pouco expressiva, dado o tamanho da amostra (10 casos em cada grupo), podendo-se afirmar que o número de mães que alcançam melhora confiável, quanto ao comportamento de elogiar de forma descritiva é similar nas duas condições pesquisadas.

A Figura 13 apresenta os dados de mudança confiável referente à categoria *elogio genérico* – comparação entre 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós), e a Figura 14, os

dados referentes à mesma categoria - comparação entre 1ª interação (pré) e o seguimento de um mês.

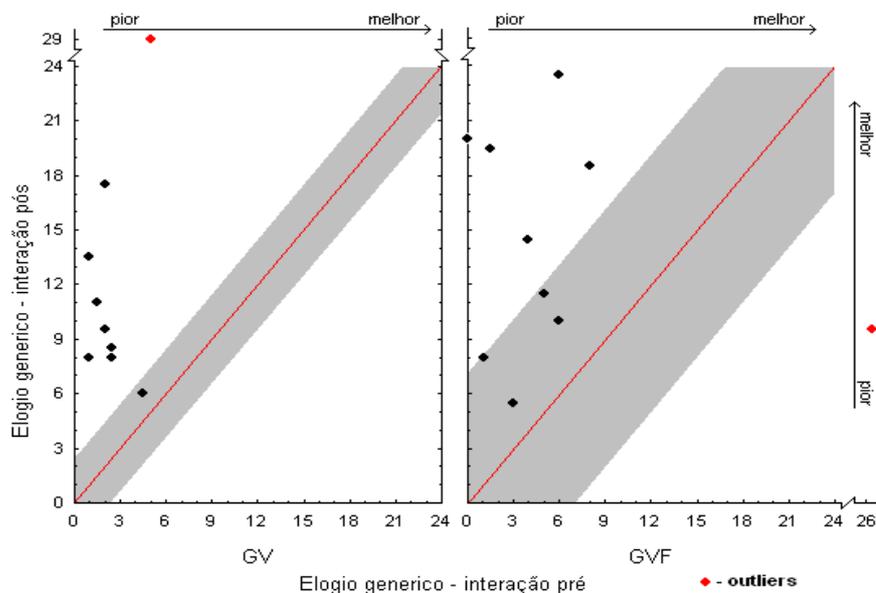


Figura 13. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria elogio genérico.

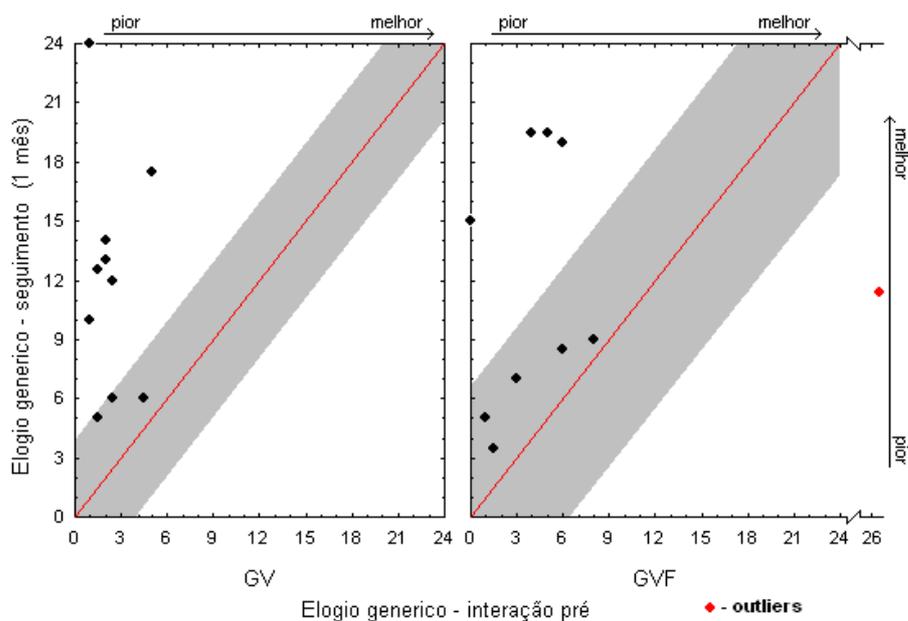


Figura 14. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria elogio genérico.

Na categoria *elogio genérico*, pode-se ver na Figura 13 que nove casos do GV, e cinco do GVF, terminaram a orientação na área de melhora, sendo que no seguimento de um mês, como mostra a Figura 14, sete casos do GV alcançaram a área de melhora (queda de 20%) e quatro GVF (queda de 10%).

Considerando que o GVF tem um caso *outlier* que começa num patamar muito diferente dos demais e mesmo com uma redução na frequência não atinge a média inicial do grupo, essa diferença a favor do GV precisa ser analisada com cautela a luz dos outros resultados, uma vez que a área de não alteração do GVF também é mais ampla, em função da ampla dispersão inicial desse grupo.

A Figura 15 apresenta os dados de mudança confiável referentes à categoria *crítica/restrições*, mostrando a comparação entre 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).

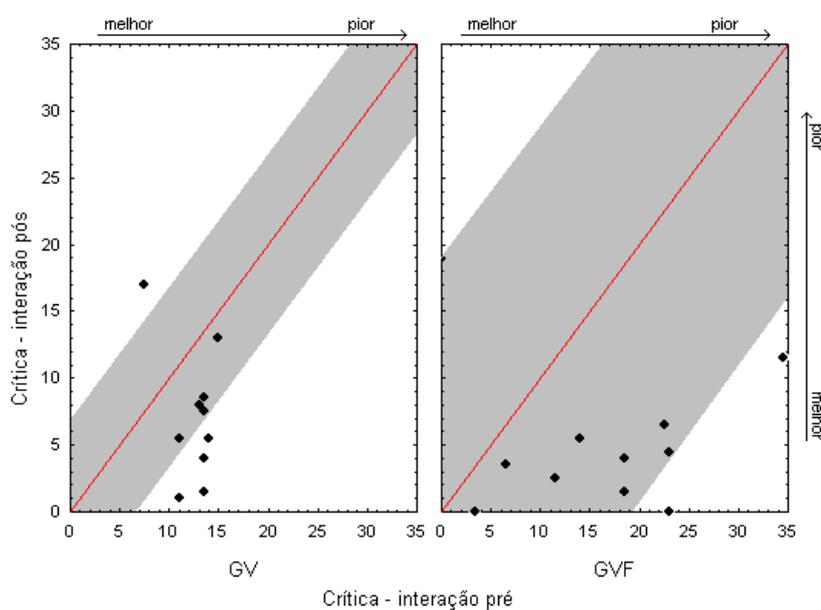


Figura 15. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós) para a categoria *críticas/restrições*.

Nesta Figura pode-se visualizar que quatro casos do GV concluíram a orientação na área de melhora, sendo que apenas dois casos no GVF. É importante ressaltar

também aqui, a diferença da faixa de não alteração, maior no GVF em função da maior dispersão dos dados na condição pré. Se o desvio-padrão de toda a amostra disfuncional do estudo fosse considerada esses valores seriam diferentes para o GVF, uma vez que uma mãe que emitia quinze críticas em vinte minutos e diminuiu para cinco, deve ser considerada como tendo alterado significativamente seu comportamento.

A Figura 16 mostra os dados referentes à categoria críticas/ restrições comparando a 1ª interação (pré) com e o seguimento de um mês. Pode-se ver novamente que o GV apresenta sete casos na área de melhora confiável no seguimento de um mês, enquanto o GVF apresenta dois.

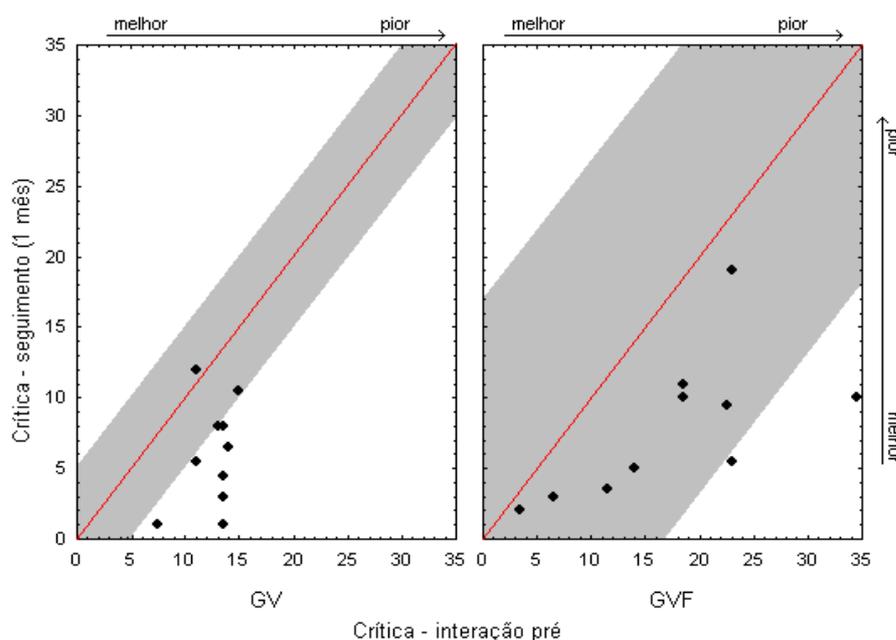


Figura 16. Dispersão dos dados referentes à frequência obtida por cada mãe de ambos os grupos na 1ª Interação (pré) e seguimento de um mês para a categoria *críticas/restrições*.

A Figura 17 mostra os dados referentes ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães, comparando-se a 1ª interação (pré) com a 3ª interação (pós).

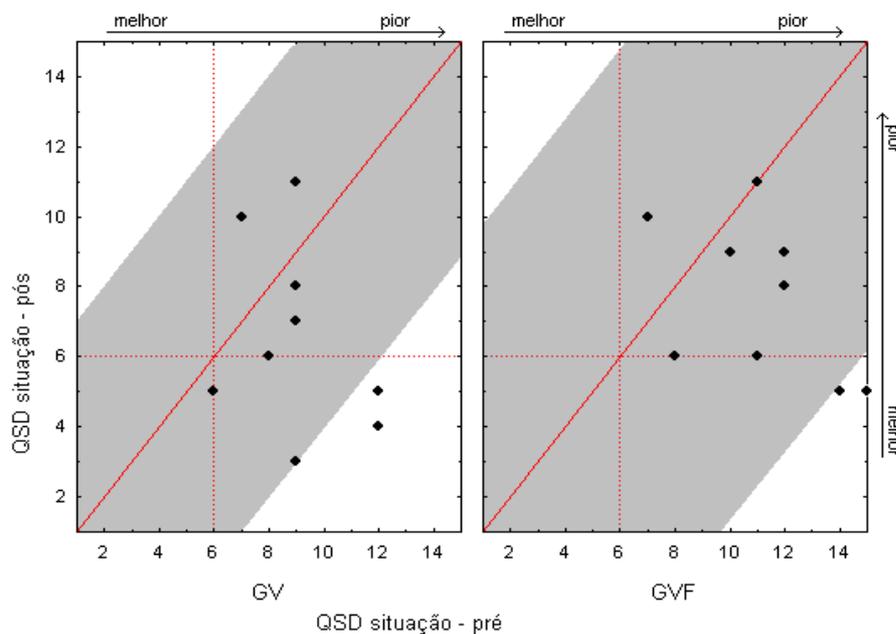


Figura 17. Dispersão dos dados referentes ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e pós-orientação.

Quanto ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães, o cruzamento dos dados de pré e pós-orientação apresentado na Figura 17, mostra similaridade entre os grupos. Dois casos alcançam melhora clinicamente significativa (caem dentro da área de escores não-clínicos) em ambos os grupos.

As Figuras 18 e 19 mostram os dados referentes ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães, comparando-se a 1ª interação (pré) com o seguimento de um e três meses.

Pode-se ver que, no seguimento de um mês, o GV apresenta melhora de dois casos e o GVF de um, e no seguimento de três meses o GV apresenta melhora de um caso e o GVF de dois. Essas diferenças de 10% encontradas no seguimento de um mês e de três meses não apresentam significado de diferenciação entre os grupos.

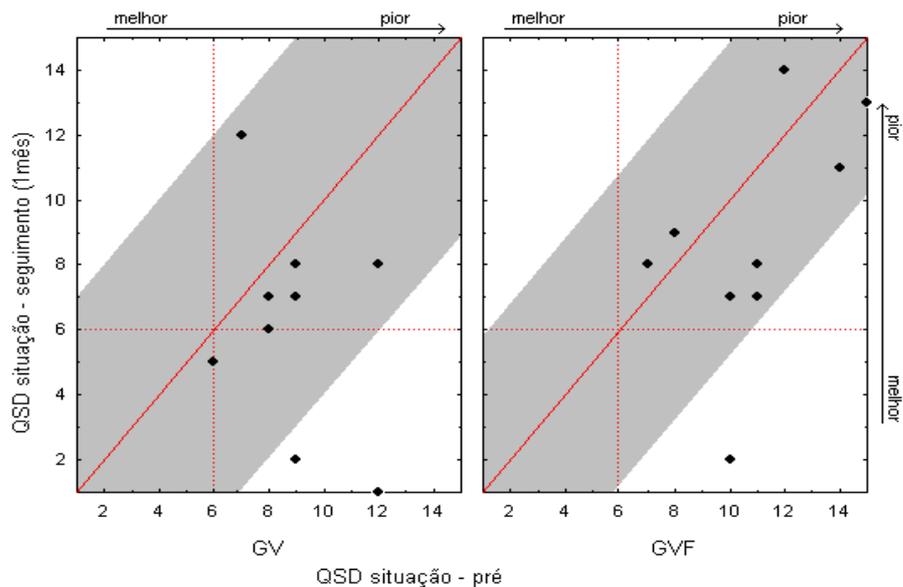


Figura 18. Dispersão dos dados referentes ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.

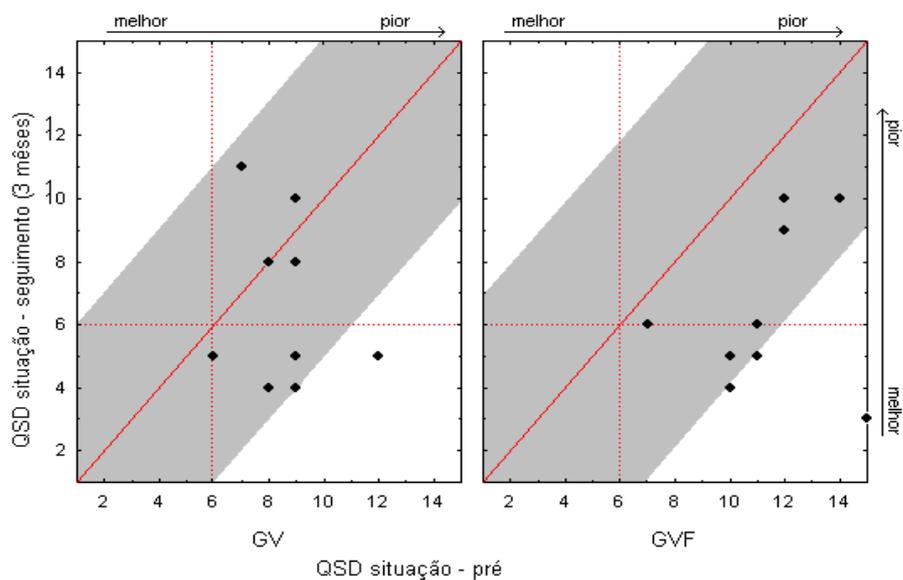


Figura. 19. Dispersão dos dados referentes ao número de situações no QSD consideradas problemáticas pelas mães em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.

A Figura 20 mostra os dados referentes à intensidade que as mães atribuíam aos problemas no QSD comparando-se as avaliações pré e pós-intervenção.

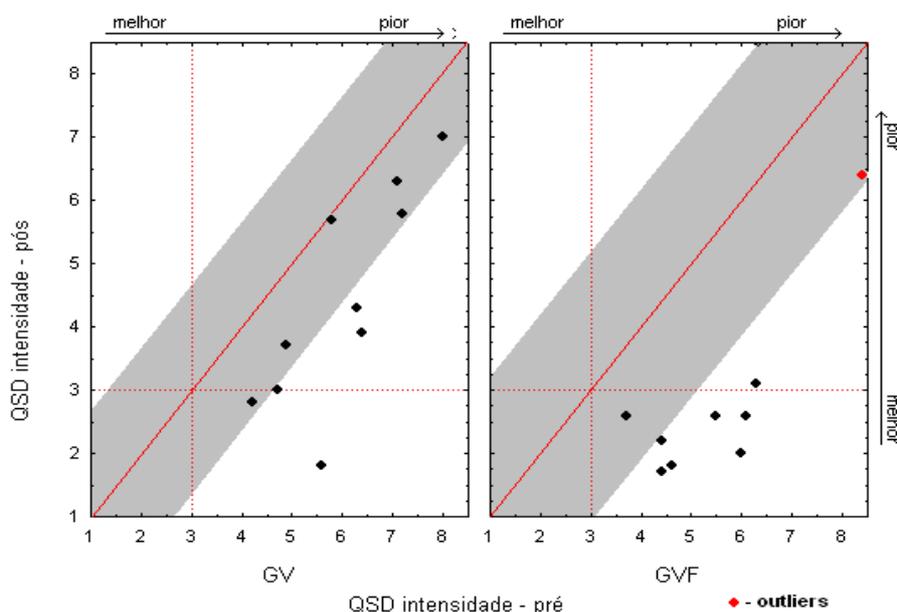


Figura 20. Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD para cada criança de ambos os grupos na comparação das avaliações pré e pós-orientação.

Quanto à intensidade dos problemas das crianças nas situações descritas no QSD atribuídas pelas mães, pode-se perceber na Figura 20 que os grupos diferem significativamente entre si. O GV apresenta quatro casos na área de melhora, sendo apenas um deles com resultado não-clínico. O GVF apresenta sete casos na área de melhora, sendo que seis passam para a faixa não-clínica.

Quando aos resultados do QSD, pode-se perceber que, quanto à redução das situações, a diferença no número de casos é pequena em todas as avaliações, sendo que os grupos diferem apenas quanto ao número de casos que apresentam redução significativa na intensidade, igualando-se novamente neste aspecto nas avaliações de seguimento.

As Figuras 21 e 22 mostram os dados referentes aos seguimentos de um e três meses quanto a este mesmo quesito – intensidade dos problemas no QSD. Pode-se perceber que os grupos diferem minimamente entre si quanto ao número de casos que mantém a melhora, três casos no GV e dois no GVF em ambas as avaliações.

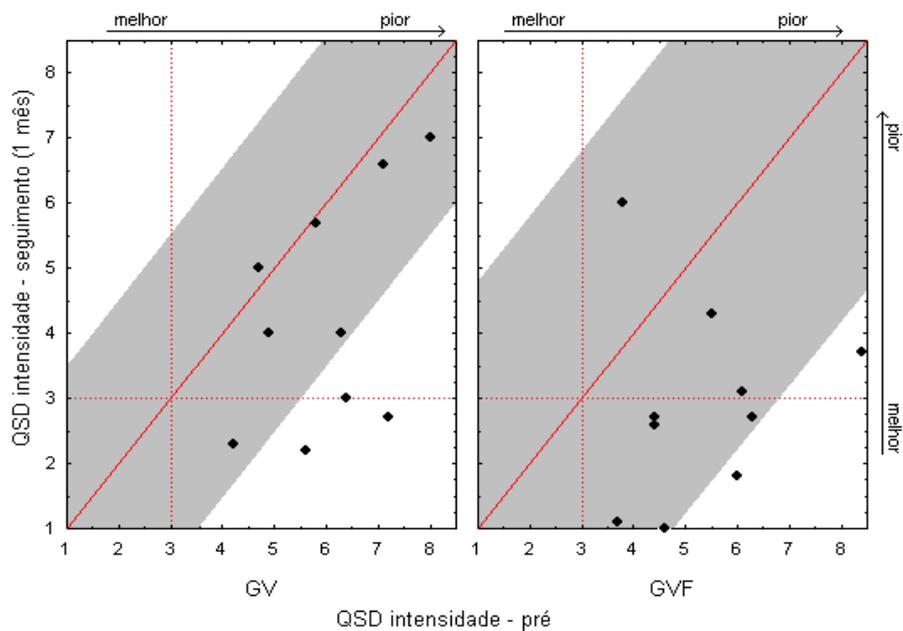


Figura 21. Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.

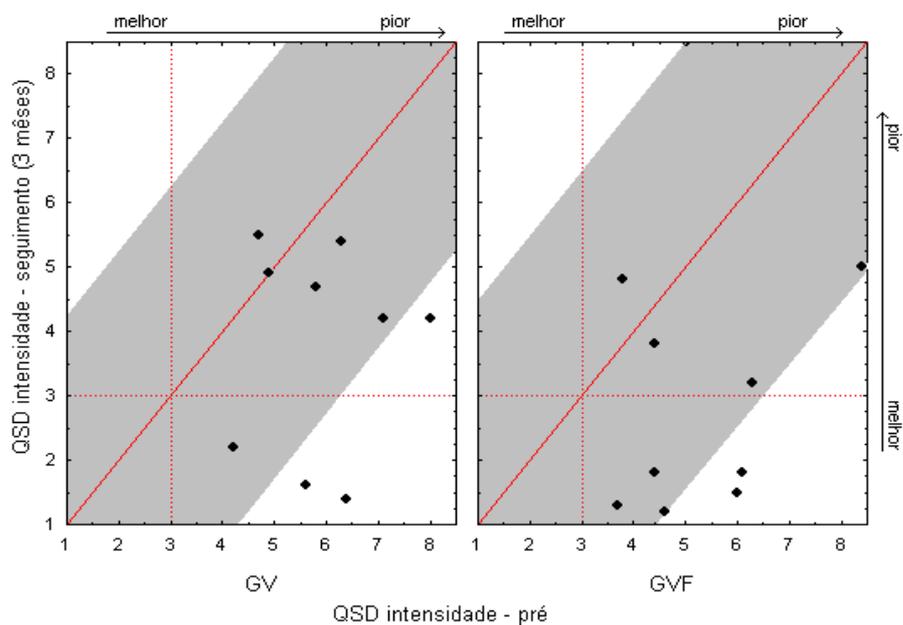


Figura 22. Dispersão dos dados referentes à intensidade dos problemas no QSD em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.

A Figura 23 mostra os escores referentes ao Funcionamento Global das crianças no CBCL segundo a percepção de suas mães, comparando a avaliação pré com o seguimento de um mês⁴.

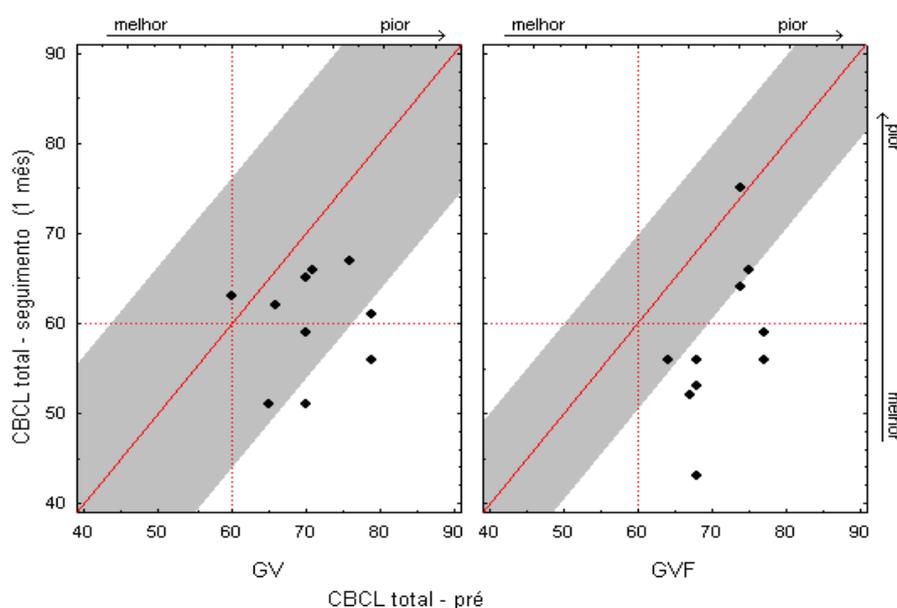


Figura 23. Dispersão dos escores totais no CBCL (Funcionamento Global) em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.

Pode-se visualizar na Figura 23 grande diferença entre os grupos na avaliação das mães quanto ao funcionamento global das crianças um mês após a intervenção. Enquanto no GV apenas três casos (dois na faixa não-clínica) apresentam-se na área de melhora, no GVF sete casos apresentam melhora, seis deles na faixa não-clínica.

Na Figura 24, que mostra os resultados do seguimento de três meses, os grupos apresentam mesmo número casos que alcançam o critério de significância clínica – seis casos em cada grupo.

⁴ O CBCL não foi reaplicado na condição pós-orientação como já explicado na descrição da Etapa 4 da metodologia.

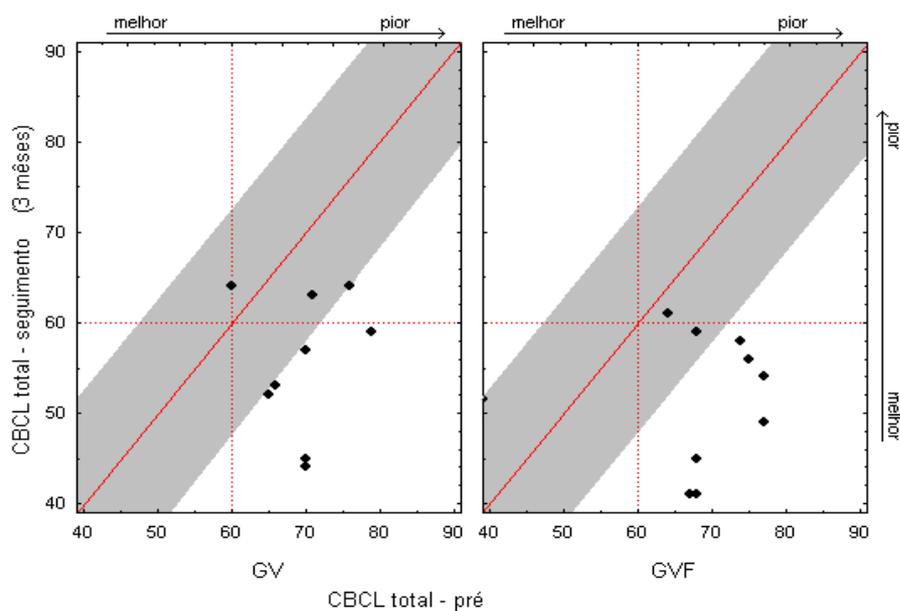


Figura 24. Dispersão dos escores totais no CBCL (Funcionamento Global) para cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.

A Figura 25 mostra os escores no CBCL para problemas externalizantes das crianças, segundo a percepção de suas mães, comparando a avaliação pré com o seguimento de um mês.

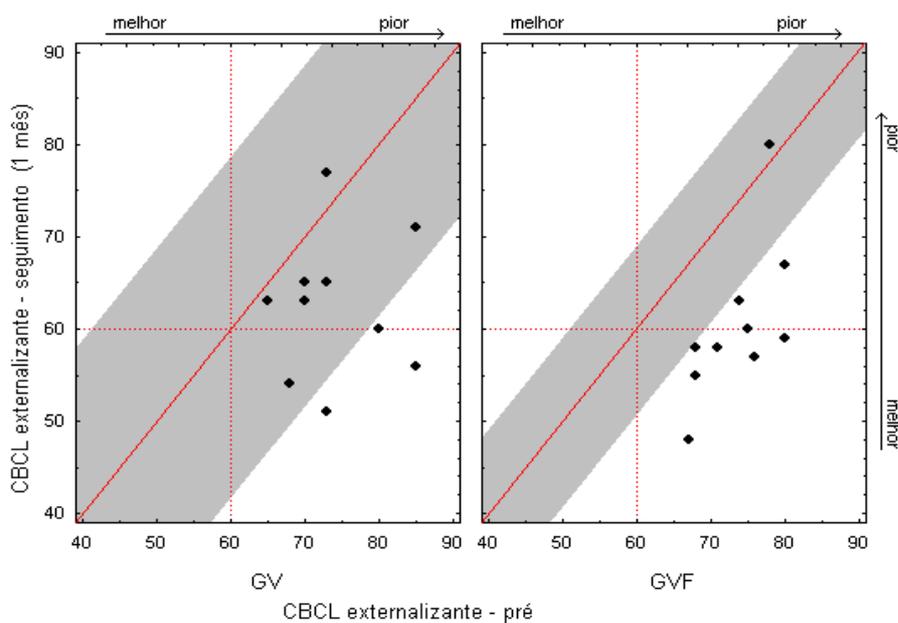


Figura 25. Dispersão dos escores no CBCL para problemas externalizantes de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.

Na Figura 25, pode-se visualizar três casos de melhora no GV (dois na faixa não-clínica) e nove no GVF, sendo sete na faixa não-clínica. Uma diferença sensível entre os grupos e que praticamente se mantém no seguimento de três meses, como mostra a Figura 26. Na avaliação três meses depois, o número de casos na faixa não-clínica no GV é de dois casos e de seis no GVF.

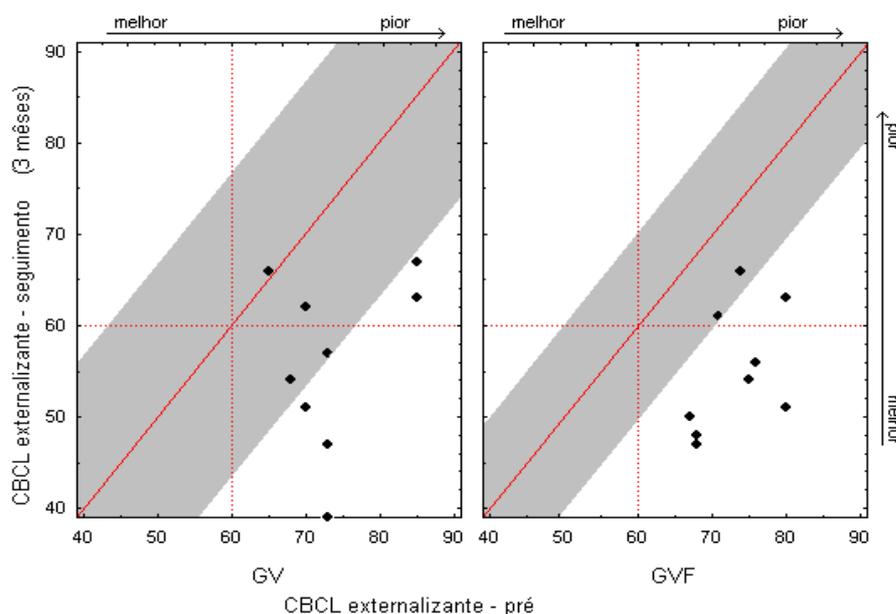


Figura 26. Dispersão dos escores no CBCL para problemas externalizantes de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.

A Figura 27 mostra os escores no CBCL para o comportamento agressivo das crianças, segundo a percepção de suas mães, comparando a avaliação pré com o seguimento de um mês e a Figura 28 mostra os escores desse mesmo item do CBCL na comparação entre avaliação pré e seguimento de três meses.

Pode-se visualizar que estes escores também mostram grande diferença entre os grupos nestas duas avaliações de seguimento. Três casos do GV ficaram na área de melhora e nove no GVF, sendo oito na faixa-não clínica. Considerando que no GVF uma mãe

não realizou esta avaliação, praticamente todas as crianças do GVF deixaram a faixa clínica para comportamento agressivo no seguimento de um mês., como mostra a Figura 27.

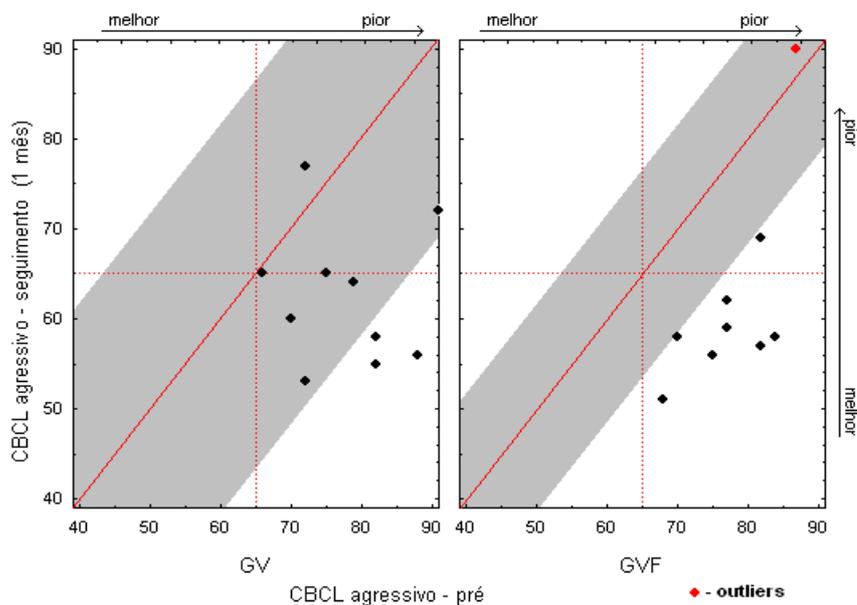


Figura 27. Dispersão dos escores no CBCL para o comportamento agressivo de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de um mês.

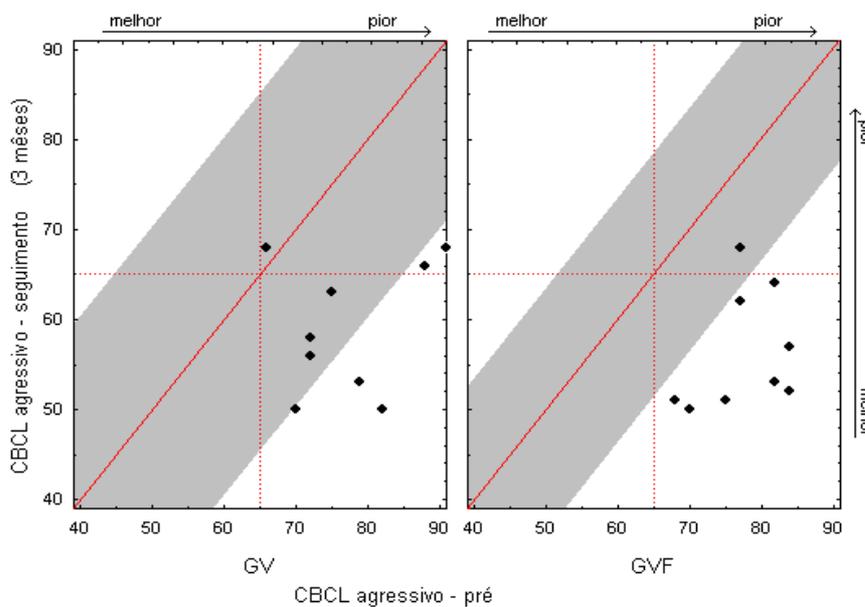


Figura 28. Dispersão dos escores no CBCL para o comportamento agressivo de cada criança em ambos os grupos na comparação das avaliações pré e seguimento de três meses.

A alteração mostrada pela Figura 28 no seguimento de três meses é pequena. Embora o GV evolua um caso, passando para quatro casos na faixa de melhora, de três casos que estavam na área não-clínica, dois permanecem nessa condição. O GVF também apresenta um caso que retorna a faixa de não alteração, sendo que outros oito permanecem na faixa não-clínica.

A Figura 29 mostra os resultados do cálculo da responsividade materna comparando-se a 1ª interação (pré) com o a 3ª interação (pós) e a Figura 30, mostra a mesma análise realizada com os dados do seguimento de um mês.

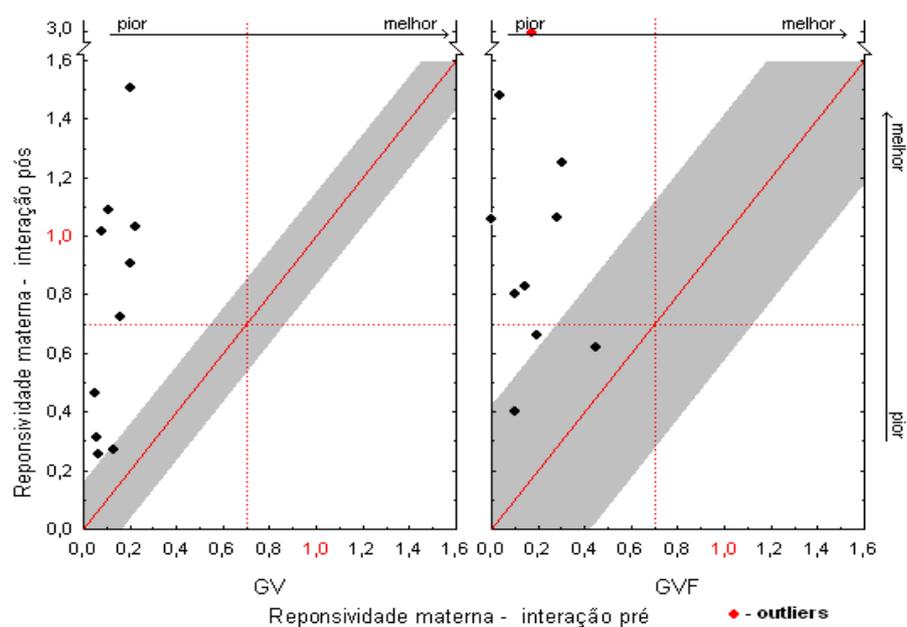


Figura 29. Dispersão dos resultados da responsividade materna em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).

Pode-se visualizar na Figura 29 que, no GV nove mães melhoraram a responsividade a seus filhos na condição pós-orientação, sendo que seis delas ficaram na área acima de 70%⁵. Isso significa que as mães que alcançaram este limite estavam conseguindo

⁵ A faixa não-clínica de responsividade materna foi determinada considerando-se o critério de Vigilante e Wahler (2005) que encontraram em seu estudo um de 0.73 para mães de crianças clínicas. Dessa forma, valores acima de 0.7 foram considerados não-clínicos.

valorizar (elogiar descritiva ou genericamente), sete ou mais em cada dez comportamentos adequados de seu filho. No GVF, oito mães melhoraram a responsividade, sete delas acima do critério de 70%.

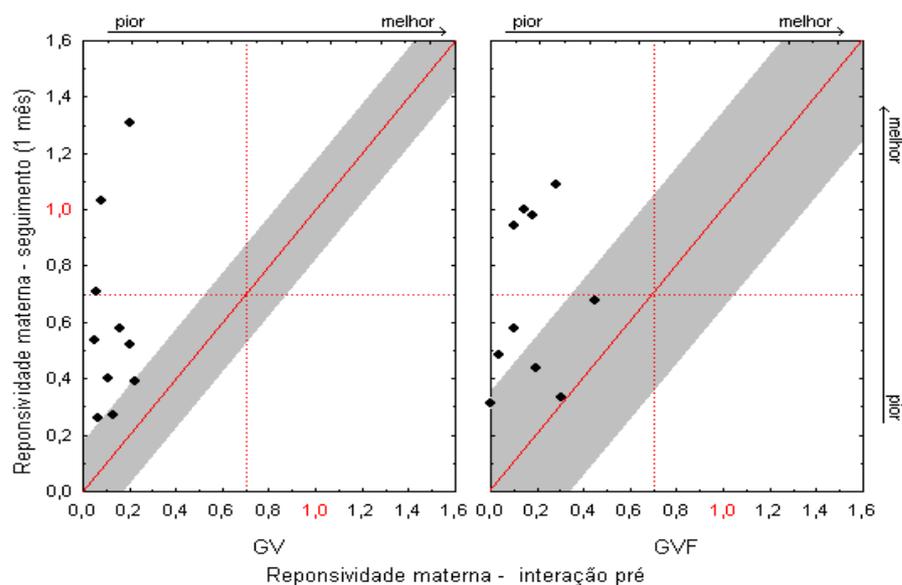


Figura 30. Dispersão dos resultados da responsividade materna em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.

No seguimento de um mês, como mostra a Figura 30, há uma queda na responsividade das mães. No GV oito casos ainda permanecem na área de melhora, mas apenas três acima do critério de 70%. E no GVF seis casos permanecem na área de melhora, sendo quatro acima do critério estabelecido.

A Figura 31 mostra os resultados do cálculo da responsividade das crianças comparando-se a 1ª interação (pré) com o a 3ª interação (pós) e a Figura 32, mostra a mesma análise realizada no seguimento de um mês.

Pode-se visualizar na Figura 31 que em ambos os grupos não há alteração na responsividade das crianças em função da orientação das mães na condição pós. É interessante notar, como já apontado anteriormente, que as crianças, por serem consideradas

clínicas na avaliação de suas mães pelo CBCL, não apresentam baixa responsividade a elas, atendendo em média 50% dos direcionamentos maternos.

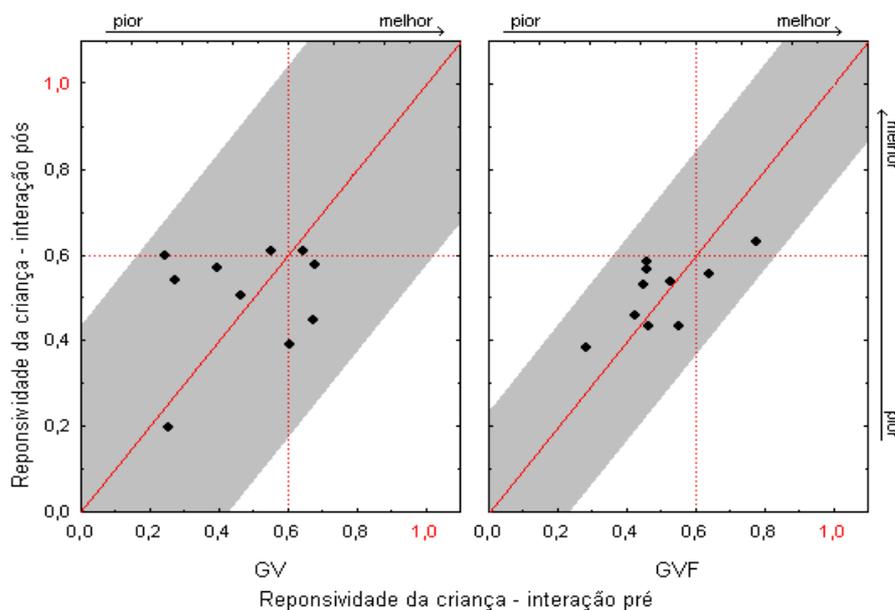


Figura 31. Dispersão dos resultados da responsividade das crianças em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).

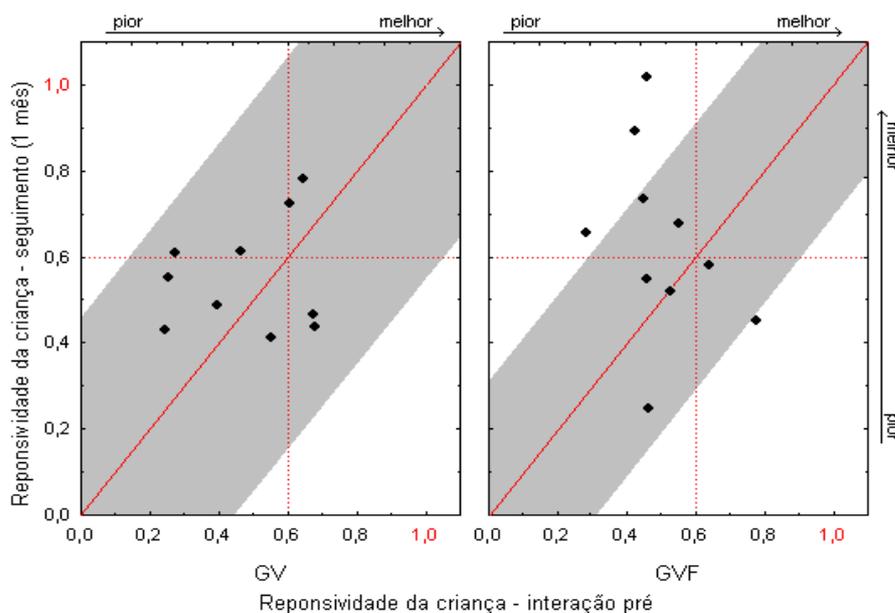


Figura 32. Dispersão dos resultados da responsividade das crianças em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.

Na Figura 32, que apresenta os dados do seguimento de um mês, é possível visualizar aumento da responsividade no GVF, três crianças melhoram acima de 60% enquanto o GV permanece na faixa de não alteração.

A Figura 33 mostra os resultados do cálculo *proporção elogios x críticas* comparando a 1ª interação (pré) e a 3ª interação (pós) e a Figura 34, mostra a mesma análise realizada no seguimento de um mês.

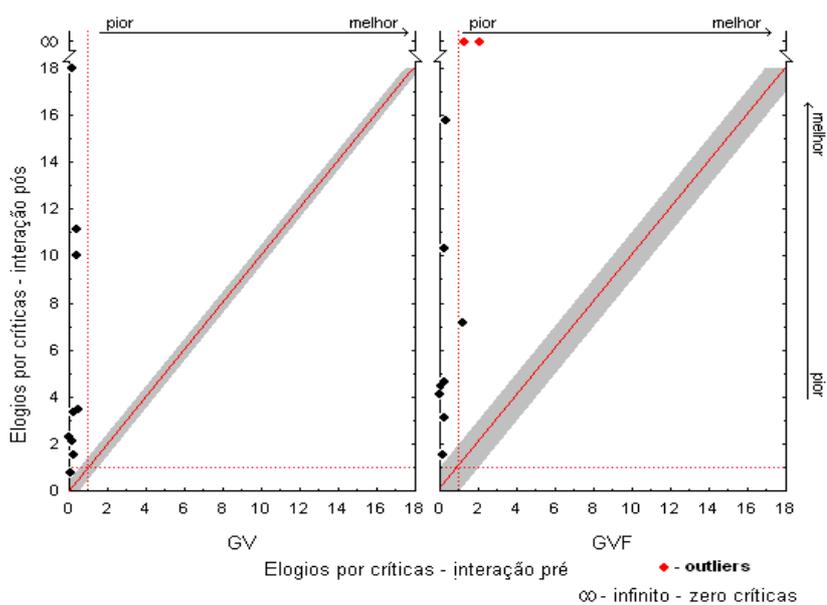


Figura 33. Dispersão dos resultados da proporção elogios por críticas em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e 3ª interação (pós).

Pode-se visualizar na Figura 33 que na avaliação pós-orientação todas as mães, tanto do GV, quanto do GVF, apresentaram melhora confiável.

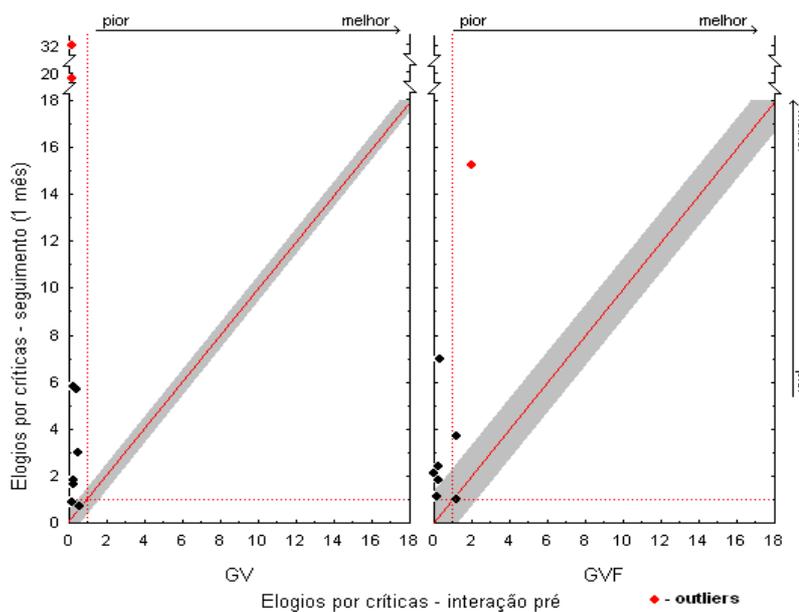


Figura 34. Dispersão dos resultados da proporção elogios por críticas em ambos os grupos na comparação 1ª interação (pré) e seguimento de um mês.

No seguimento de um mês, como mostra a Figura 34, ocorre pequena redução no número de melhoras nos grupos. Nove mães no GV e oito no GVF permanecem na faixa de melhora confiável, ou seja, continuam elogiando mais do que criticando o comportamento de seus filhos.

8.4 Análise Descritiva do Seguimento de Um Ano.

Um ano depois, nem todas as mães foram localizadas para esta avaliação de seguimento. Dessa forma, foram coletados os dados referentes a apenas cinco mães em cada grupo, motivo pelo qual os dados serão apresentados de forma descritiva. Serão apresentados primeiramente, para cada variável analisada, os dados das médias dos grupos nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e de um ano para que a evolução dos grupos possa ser observada e analisada. Em seguida serão apresentados os dados referentes ao número de mães que, na avaliação de um ano, retornam ou não ao nível de funcionamento inicial. Isto é, mantém resultados que indicam alguma manutenção dos ganhos ou retornam, nas variáveis analisadas, aos resultados obtidos na avaliação pré-intervenção.

Como o objetivo do estudo é comparar os resultados dos grupos, para analisar as eventuais diferenças entre eles decorrentes dos diferentes procedimentos empregados, os dados apresentados nas figuras referem-se às médias grupais. Até o seguimento de um mês, as médias se referem às dez mães de cada grupo que concluíram a intervenção, e no seguimento de um ano às cinco mães de cada grupo que realizaram esta avaliação.

Em função do número reduzido de mães avaliadas no seguimento de um ano, os dados provenientes desta avaliação devem ser considerados como uma “tendência” do grupo, uma vez que não correspondem a toda a amostra participante da intervenção.

A Figura 35 mostra a evolução dos grupos quanto às categorias *elogio descritivo* e *elogio genérico* antes e depois da intervenção e nos seguimentos de um mês e um ano.

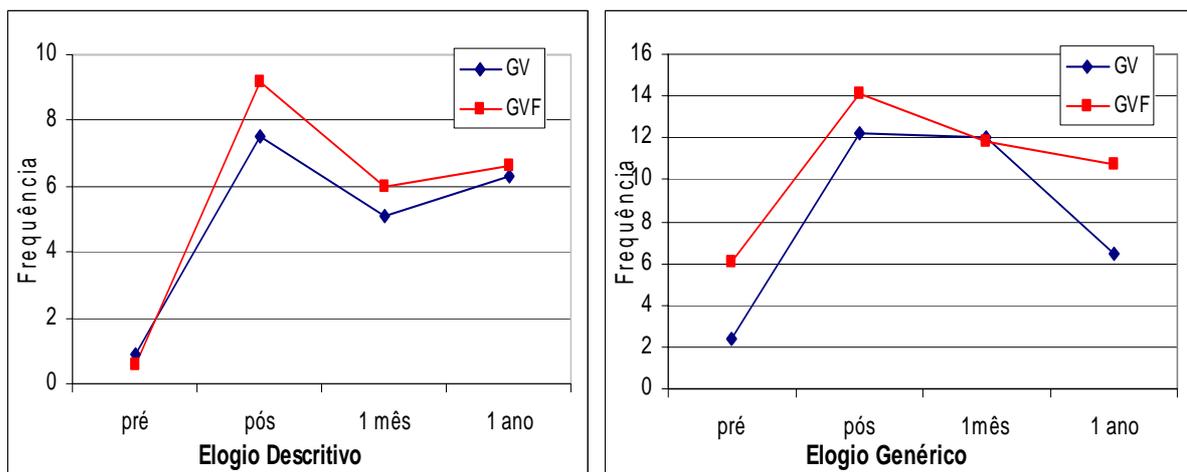


Figura 35. Frequência média de ocorrência das categorias elogio descritivo e elogio genérico, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.

Pode-se visualizar na Figura 35, que em média, na categoria elogio descritivo, ambos os grupos mantêm os ganhos da avaliação de seguimento de um mês para o seguimento de um ano, inclusive com um discreto aumento médio dessa resposta. Quanto ao elogio genérico, observa-se que o GV mantém o ganho médio da avaliação pós para o seguimento de um mês e tende a sofrer uma queda sensível no seguimento de um ano. Já o GVF cai um pouco da avaliação pós-intervenção para o seguimento de um mês e embora decresça levemente no seguimento de um ano, tende a manter mais os ganhos que o GV. Assim, as mães que participaram do GVF encontram-se em média, um ano depois da intervenção, fazendo uso mais freqüente dos elogios genéricos do que as mães que participaram do GV.

A Figura 36 mostra a evolução dos grupos quanto a categoria *críticas/restrições* antes e depois da intervenção e nos seguimentos de um mês e um ano.

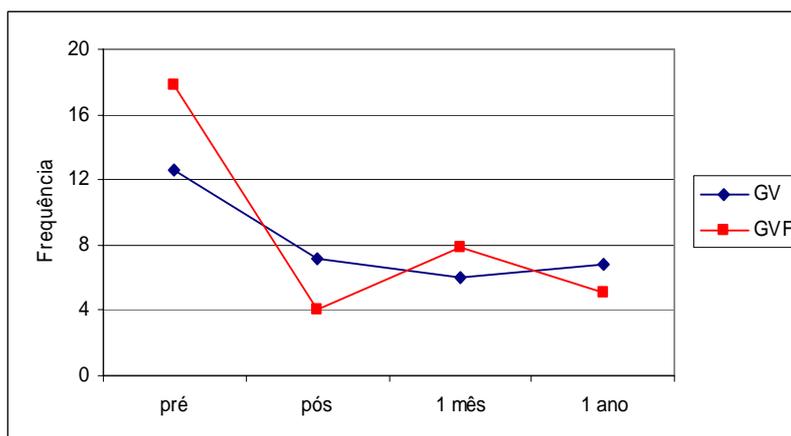


Figura 36. Frequência média de ocorrência da categoria críticas/restrições, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e de um ano.

Pode-se perceber que um ano depois os grupos tendem a manter frequência reduzida de críticas à criança e seu comportamento, aprendida com a intervenção. O GVF reduz um pouco mais a frequência em relação à avaliação de um mês do que o GV, que tem leve crescimento desta resposta no seguimento de um ano. Considerando-se o a redução total no número de respostas, o GV decresce, da avaliação pré-intervenção para o seguimento de um ano, 5,8 respostas em média, enquanto o GVF reduz, neste mesmo período, 12,7 respostas, duas vezes mais que o GV. Assim, as mães que foram orientadas pelo *vídeo feedback* encontram-se bem menos críticas em relação ao comportamento de suas crianças, do que as mães que foram orientadas apenas verbalmente.

A Figura 37 mostra a evolução dos grupos quanto ao número de situações domésticas relatadas pelas mães como sendo problemáticas com seus filhos, e a intensidade atribuída por elas aos problemas enfrentados com seus filhos nestas situações, antes e depois da intervenção e nos seguimentos de um mês e um ano.

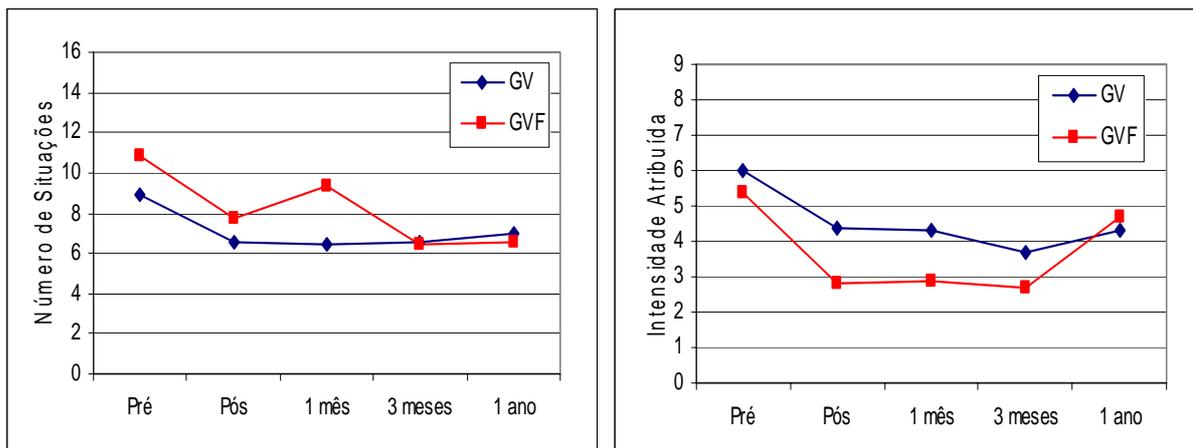


Figura 37. Número médio de situações-problema e intensidade média atribuída no QSD, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês, três meses e de um ano.

Observa-se na Figura 37, que o GV mantém certa estabilidade no número médio de situações consideradas problemáticas desde a avaliação pós-intervenção, até o seguimento de um ano. O GVF embora sofra um pequeno aumento no número de situações na avaliação de um mês, iguala-se aos ganhos do GV no seguimento de três meses e um ano. Ambos os grupos, um ano depois da intervenção, apresentam similaridade na intensidade média dos problemas que enfrentam com as crianças nas situações domésticas. O GV apresenta certa estabilidade na intensidade desde a avaliação pós-intervenção, o GVF apresenta uma redução maior nas avaliações pós e de seguimento de um e três meses, mas no seguimento de um ano, iguala-se ao GV neste aspecto.

Assim, como mostra a Figura 37, não foram encontradas diferenças entre os grupos um ano depois quanto aos aspectos avaliados pelo QSD. As mães estão relatando em média sete situações domésticas como sendo problemáticas com seus filhos, com intensidade entre quatro e cinco, considerada moderada, independente do grupo de intervenção do qual participaram.

A Figura 38 mostra a evolução dos grupos quanto aos escores total e externalizante no CBCL, ao longo das avaliações pré-intervenção, seguimento de um mês, três meses e um ano.

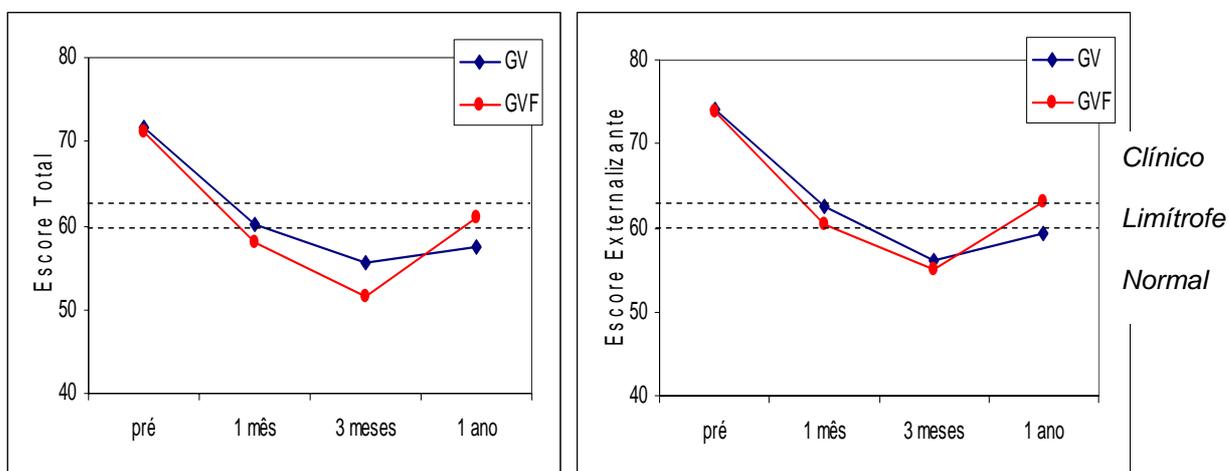


Figura 38. Escores médios no CBCL – total e externalizante, em ambos os grupos, nas avaliações pré, seguimento de um mês, três meses e de um ano.

Pode-se ver na Figura 38, que em média, o GV permanece na faixa não clínica do CBCL quanto aos escores totais e externalizantes das crianças, enquanto o GVF sobe para a faixa limítrofe, o mesmo ocorrendo na avaliação do comportamento agressivo, como mostra a Figura 39 abaixo.

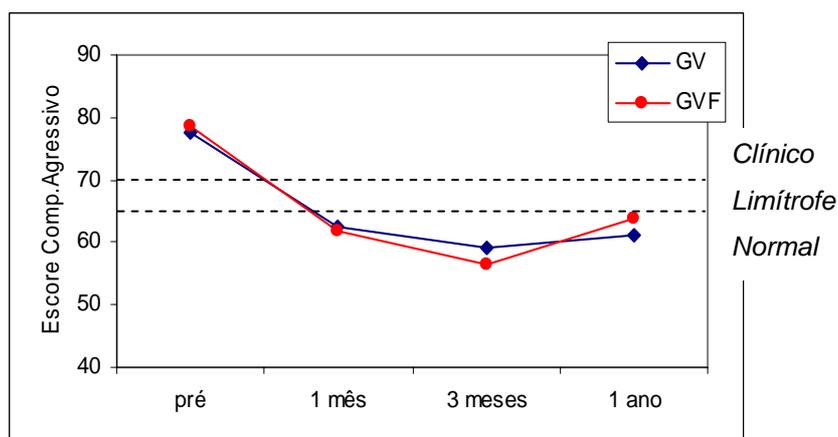


Figura 39. Escores médios no CBCL para comportamento agressivo, em ambos os grupos, nas avaliações pré, seguimento de um mês, três meses e de um ano.

Ambos os grupos, na avaliação do comportamento agressivo um ano depois, permaneceram na faixa não-clínica. Embora tenha havido um discreto aumento nos escores médios dos grupos, ambos voltam ao nível de funcionamento alcançado na avaliação de seguimento de um mês.

A Figura 40 apresenta a comparação entre os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança ao longo das avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.

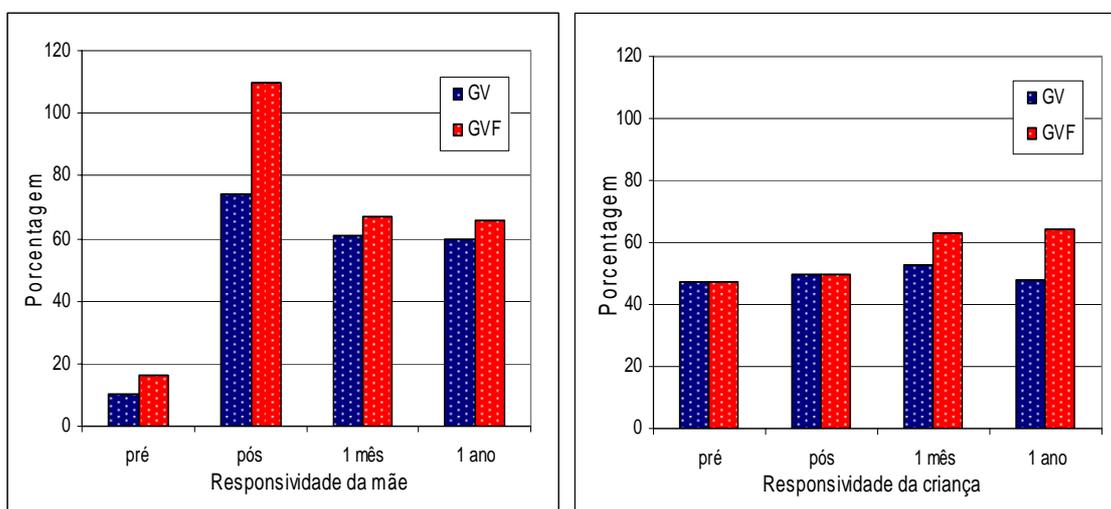


Figura 40. Comparação entre os resultados de ambos os grupos quanto à responsividade da mãe e da criança nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.

Observa-se na Figura 40, que as mães melhoram muito a responsividade à seus filhos na avaliação pós-intervenção e mesmo ocorrendo uma queda no seguimento de um mês, um ano depois elas mantêm a média de responsividade, valorizando em torno de 60% dos comportamentos adequados de seus filhos. A responsividade das crianças, em média, não se altera com a intervenção, como pode-se ver nos resultados da avaliação pré e pós-intervenção. Já nas avaliações de seguimento, ocorre um aumento da responsividade das crianças do GVF que passam de 50% para acima de 60% e se mantêm nesse patamar um ano depois.

A Figura 41 mostra a comparação entre os grupos quanto à frequência média de elogios e críticas que as mães emitiram ao comportamento de seus filhos nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.

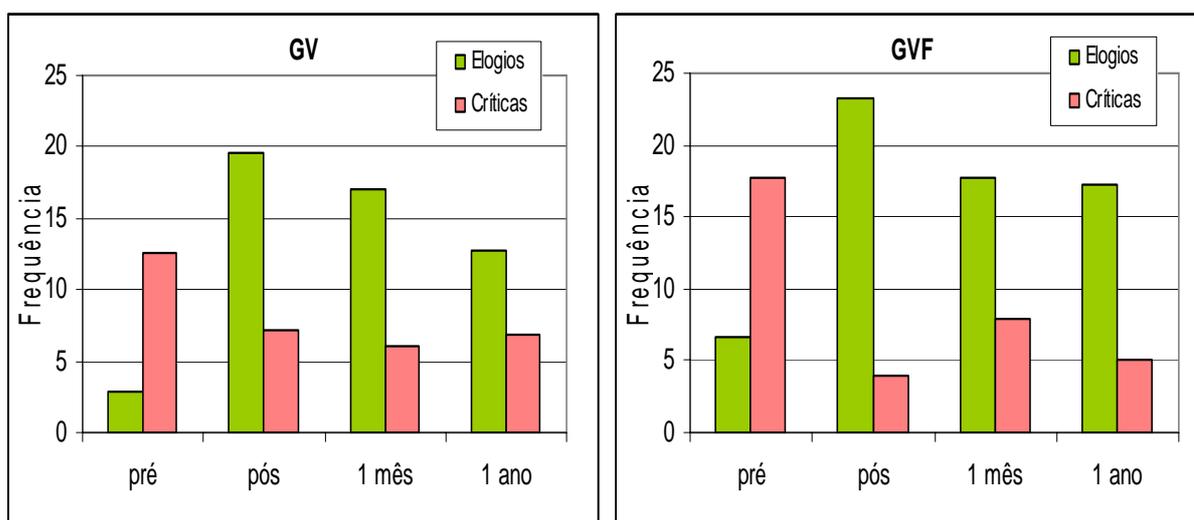


Figura 41. Comparação entre as frequências médias de elogios e críticas das mães ao comportamento de seus filhos, em ambos os grupos, nas avaliações pré, pós, seguimento de um mês e um ano.

A Figura 41 mostra que um ano depois, a proporção de elogios por críticas, em média, não retorna ao nível da avaliação inicial. O GVF mantém a frequência de elogios duas vezes mais alta que a de críticas (proporção de 3,4 elogios para cada crítica), enquanto o GV uma vez (proporção de 1,8 elogios para cada crítica).

No geral, os resultados do seguimento de um ano mostram que há uma perda dos ganhos obtidos com a intervenção, embora alguns casos não retornem ao nível de funcionamento da avaliação inicial. Assim, a Tabela 8 apresenta o número de casos em cada grupo que, mesmo com alguma redução, apresentam um ano depois, resultados que indicam manutenção dos ganhos ou retorno aos valores obtidos na avaliação pré-intervenção.

Tabela 8. Número de casos por grupo que na avaliação de seguimento de um ano apresentam resultados que indicam manutenção das melhoras ou retorno aos valores obtidos na avaliação pré-intervenção.

<i>Variável</i>	<i>GV (n=5)</i>		<i>GVF (n=5)</i>	
	<i>Mantém</i>	<i>Retorna*</i>	<i>Mantém</i>	<i>Retorna</i>
<i>Elogio Descritivo</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	05	0
<i>Elogio Genérico</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	03	02
<i>Crítica/ Restrição</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	05	0
<i>QSD - situação</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	03	02
<i>QSD - intensidade</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	03	02	03	02
<i>CBCL - escore total</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	04	01
<i>CBCL - escore externalizante</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	04	01
<i>CBCL - escore comportamento agressivo</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	05	0
<i>Responsividade materna</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	03	02	04	01
<i>Responsividade da criança</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	04	01	04	01
<i>Proporção elogios por críticas</i>				
<i>pré x seg 1ano</i> (n)	01	04	04	01

* O retorno foi considerado quando o valor foi idêntico ou com diferença inferior a duas respostas ou cinco pontos (nos instrumentos) dos valores obtidos na avaliação pré-intervenção.

Na tabela acima é possível observar que, na maior parte das variáveis analisadas, não há diferenças entre os grupos maiores que um caso. O GV apresenta-se um pouco acima (quatro casos de manutenção da melhora no GV e três no GVF) nos elogios genéricos e no número de situações domésticas consideradas ainda problemáticas. Não há diferenças no número de casos que mantém alguma melhora quanto à intensidade dos problemas (três casos em cada grupo), e aos escores totais e externalizante no CBCL (quatro casos em cada grupo). Todos os cinco casos do GVF analisados no seguimento de um ano não retornam ao nível de funcionamento inicial nos elogios descritivos, nas críticas e nos escores para comportamento agressivo no CBCL, sendo que quatro casos não retornam à

responsividade materna anterior. Destaca-se dos demais o resultado referente à proporção de elogios por críticas, em que quatro mães do GV voltaram a criticar mais do que elogiar, enquanto no GVF o mesmo número de mães (quatro) mantiveram-se elogiando mais do que criticando o comportamento de suas crianças.

8.5 Análise da Tarefa de Casa e da Satisfação do Consumidor.

Os resultados provenientes da comparação do número total de dias em que as mães realizaram a tarefa de casa estipulada pela intervenção, assim como da aplicação do Inventário de Satisfação do Consumidor (*Therapy Attitude Inventory – TAI*) também foram analisados estatística e descritivamente, e estão apresentados abaixo.

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise estatística de comparação entre as médias do total de dias em que ambos os grupos realizaram a tarefa de casa.

Tabela 9. Comparação entre os grupos quanto às médias do total de dias em que executaram a tarefa de casa.

	GV		GVF		p
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Tarefa de Casa					
<i>Frequência Total</i>	12,9	6,49	14,4	6,22	0,6042

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

A análise estatística não apontou diferença significativa entre os grupos quanto ao número médio de dias em que a tarefa de casa foi executada. Considerando que cada mãe era solicitada a realizar a tarefa de casa todos os dias ao longo de três semanas, ou seja, durante vinte e um dias, as mães do GV cumpriram em média, 61,4% do total esperado de dias de treino, e o GVF, 68,5% do total de dias.

A Figura 42 apresenta a distribuição dos números totais de dias em que cada mãe de cada grupo realizou a tarefa de casa estipulada.

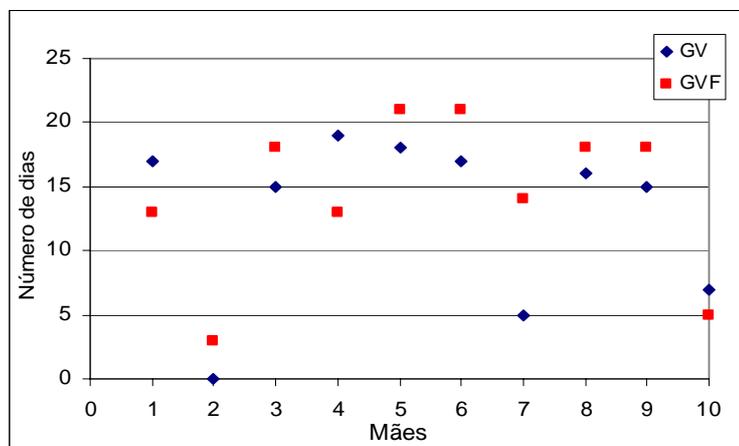


Figura 42. Número total de dias em que as mães de cada grupo realizaram a tarefa de casa.

Observa-se na Figura 42 que no GV, sete mães realizaram a tarefa de casa, durante 13 dias ou mais (acima de 60% do total de dias), sendo que no GVF oito realizaram a tarefa com esta mesma frequência. A mãe 2 do GV não realizou a tarefa nem um dia, e no GVF as mães 5 e 6 realizaram todos os dias (21 dias). No GV a média de dias das mães que realizaram acima de 60% do total de dias, foi de 14,4 dias (68,5%), e no GVF foi de 17 dias (80,9%), diferença de 12,4%.

A Tabela 10 apresenta os resultados da análise estatística de comparação entre os escores médios dos grupos no TAI, que avaliava o quanto as mães ficaram satisfeitas com a intervenção da qual participaram.

Tabela 10. Comparação entre os grupos quanto ao escore total no instrumento de satisfação do consumidor (TAI).

	GV		GVF		P
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
TAI					
Escore Total	41,6	2,2	42,4	1,67	0,7003

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

** Tendência à significância estatística (valores de p variando de 0,06 a 0,09)

Novamente, os grupos não diferiram entre si na análise estatística quanto aos escores de satisfação no TAI, cuja diferença entre os grupos foi de menos de um ponto. Notas entre 36 e 45 neste instrumento indicam satisfação com a orientação e seus componentes. Percebe-se que ambos os grupos apresentaram alta satisfação com o formato da orientação recebida e com a aprendizagem dela decorrente.

A Figura 43 apresenta as notas atribuídas por cada mãe de ambos os grupos no mesmo instrumento.

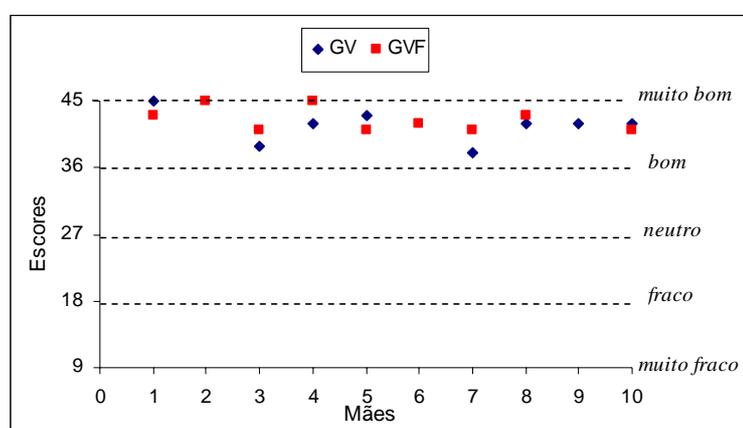


Figura 43. Notas atribuídas pelas mães no TAI para sua satisfação com a orientação recebida.

Percebe-se pela distribuição das notas que, no geral, todas as mães ficaram satisfeitas com a orientação recebida, avaliando a intervenção entre *boa* e *muito boa*, não se observando diferenças acentuadas entre as notas individuais das participantes dos grupos, conforme já havia sido constatado pela análise estatística apresentada na Tabela 10.

9 DISCUSSÃO

As análises estatística, descritiva e de significância clínica dos resultados entre os grupos apontaram alguma superioridade nos ganhos obtidos pelas mães, e conseqüente impacto sobre o comportamento de seus filhos, para o grupo que recebeu orientação por meio do *vídeo feedback* (GVF), em comparação o que recebeu orientação de forma apenas verbal (GV), embora em alguns aspectos os grupos tenham mostrado similaridade em relação às melhoras alcançadas.

Estatisticamente os grupos não diferiram entre si quanto aos ganhos médios obtidos na maior parte das variáveis analisadas, com exceção da avaliação pós-intervenção da intensidade atribuída aos problemas no QSD, como já apontado. Porém, as análises descritiva e de significância clínica mostraram algumas diferenças, que serão discutidas a seguir.

a) Elogios Descritivos e Genéricos

Quanto aos elogios descritivos, as mães do GVF aprenderam mais rapidamente esse comportamento, apresentando uma frequência média mais alta que as mães do GV já na segunda interação gravada após a primeira orientação. Porém, na avaliação pós-intervenção e no seguimento de um mês a diferença entre os grupos é mínima e os resultados dessa categoria são praticamente iguais para as duas condições de intervenção.

A diferença no número de mães que alcançam melhora confiável é pequena (10%) entre as duas condições de intervenção, sendo nove mães no GV e dez no GV. Um mês depois, o GV apresenta 20% a mais de casos de melhora confiável. Um ano depois, os ganhos médios em termos de frequência de resposta são praticamente iguais e, todos os cinco casos do GVF mantêm-se acima do funcionamento inicial nesta categoria contra quatro no GV, diferença de 20%.

Quanto aos elogios genéricos, novamente o GVF adquire mais rapidamente o comportamento, mas iguala-se a aprendizagem do GV um mês depois. A diferença no número de mães que alcançam melhora confiável é 40% maior para o GV na condição pós-intervenção, e 30% maior na avaliação de seguimento de um mês. Um ano

depois, porém, a frequência média dessa resposta é maior para o GVF, e a diferença no número de casos que se mantém acima do funcionamento inicial é de 20% (quatro casos no GV e três no GVF).

Assim, o *vídeo feedback* pareceu promover uma aquisição mais rápida do comportamento de elogiar durante a fase de intervenção. A curto prazo, ambas as modalidades de intervenção exerceram efeitos similares sobre a manutenção desse comportamento. Um ano depois, mães orientadas pelo *vídeo feedback* apresentaram uma tendência a manter o uso dos elogios no manejo do comportamento das crianças (mais casos de manutenção dos elogios descritivos e maior média de elogios genéricos).

b) Críticas/ Restrições

Quanto ao reduzir as críticas à criança e seu comportamento, as mães orientadas pelo *vídeo feedback* pareceram suprimir mais rápido este comportamento, e alcançaram como grupo uma redução 60,3% maior em número de respostas na avaliação pós-intervenção e 47% maior na avaliação um mês depois, em comparação com a orientação apenas verbal.

O número de mães que melhoram significativamente do ponto de vista clínico é maior para o GV na condição pós e no seguimento de um mês. Um ano depois, a média de redução da frequência de críticas é maior para o GVF, assim como o número de casos que não retornam a linha de base.

Dessa forma, pode-se afirmar que as mães que participaram da orientação por meio do *vídeo feedback* tenderam a aprender a criticar menos, mais rapidamente, e a manter alguma estabilidade dessa melhora ao longo do tempo. A análise da categoria *elogios x críticas*, apresentada na seqüência, mostra também superioridade do uso do *vídeo feedback* na manutenção de um padrão de interação mãe-criança menos crítico. Porém, como os grupos apresentaram dispersão dos dados pouco uniforme na avaliação pré-intervenção, uma amostra

mais ampla seria necessária para conferir fidedignidade à comparação entre os resultados dos grupos quanto a redução na frequência das críticas.

c) Questionário de Situações Domésticas

No QSD, os grupos começaram *quase* diferentes em relação ao número de situações na avaliação pré-intervenção, e tenderam a diferenciação estatística na avaliação pós, com redução maior no GVF. Considerando as médias dos grupos, observa-se que o GVF apresenta redução duas vezes maior em comparação com o GV considerando-se a melhora ocorrida desde a avaliação pré-intervenção até o seguimento de um mês. A análise da significância clínica não apontou diferenças no número de casos de melhora entre os grupos em nenhuma das avaliações. Ambos os grupos obtiveram índice baixo de casos na faixa não-clínica, entre um e dois casos nas avaliações pós-intervenção e seguimento de um e três meses. Um ano depois a média de situações consideradas problemáticas em casa era a mesma, e o GV apresentava um caso a mais com resultado acima da avaliação inicial.

No aspecto intensidade atribuída houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na avaliação pós-orientação, com maior redução na intensidade para o GVF. As mães participantes desde grupo avaliaram que a intensidade dos problemas enfrentados com seus filhos foi reduzida da avaliação pré para o seguimento de três meses, ficando dentro da faixa considerada de intensidade leve. O GV apresentou, nas mesmas avaliações, resultados na faixa de intensidade moderada. Houve também um número bem maior de casos na faixa não-clínica no GVF na condição pós, sendo que nas duas avaliações seguintes (seguimentos de um e três meses) os grupos se igualaram. Um ano depois, os grupos apresentaram médias de intensidade similares e número idêntico de casos (três) com intensidade inferior a da avaliação inicial.

Pode-se afirmar que neste estudo, o *vídeo feedback* exerceu um efeito imediato e a curto prazo mais significativo, em termos de redução do número de situações e intensidade dos problemas apresentados pelas crianças nas situações em casa, porém não apresentou impacto significativo na manutenção desses ganhos a longo prazo.

d) Child Behavior Checklist

Embora os escores médios dos três itens do CBCL selecionados para análise apresentem uma redução um pouco maior para o GVF (de um a três pontos), em cada uma das avaliações, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos.

Quanto ao *Funcionamento Global*, o GV decresce para a faixa limítrofe na avaliação de seguimento de um mês, enquanto o GVF sai da faixa clínica. Um mês depois, ambos os grupos estão na faixa não-clínica, com discreta redução adicional do escore médio para o GVF. O número de casos clinicamente significantes foi bem maior para o GVF um mês depois (sete casos *versus* três no GV), e idêntico três meses depois (seis casos em cada grupo).

Quanto aos *Problemas Externalizantes*, ambos os grupos apresentaram sensível redução nos escores, permanecendo na faixa limítrofe na avaliação de um mês, e saindo da faixa clínica na avaliação de três meses. Não houve diferença na redução média total dos escores, da avaliação pré para a avaliação de três meses. O número de casos na faixa de melhora clinicamente significativa foi três vezes maior para o GVF (nove casos na área de melhora *versus* três no GV), tanto um mês quanto três meses depois (seis casos no GVF *versus* dois no GV).

Ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes aos encontrados por Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido e Hood (2001) que avaliaram um ano depois, vinte famílias que tinham participado da *Terapia de Interação entre Pais e Filhos*, e

encontraram escore médio de 63,38 no perfil externalizante do CBCL (o estudo não informou os escores totais e de comportamento agressivo). No presente estudo os escores médios neste mesmo item foram 63,2 no GVF e 59,2 no GV.

O resultado referente ao *Comportamento Agressivo* foi semelhante ao dos *Problemas Externalizantes*. As crianças de ambos os grupos, na percepção de suas mães, saíram da faixa clínica na avaliação de um mês e houve uma discreta redução adicional na avaliação de três meses. O número de casos na faixa de melhora clinicamente significativa foi maior para o GVF que apresentou três vezes mais casos na área de melhora um mês depois (nove casos no GVF *versus* três casos no GV) e, duas vezes mais, três meses depois (oito casos no GVF *versus* quatro casos no GV).

Um ano depois, porém, o GV estava melhor, com escores médios nos três itens avaliados na faixa não-clínica, enquanto o GVF apresentava escores médios na faixa limítrofe. Um ano depois, quatro casos nos dois grupos mantiveram alguma melhora, não voltando aos escores da avaliação pré-intervenção em *Funcionamento Global* e nos *Problemas Externalizantes*, ocorrendo o mesmo para *Comportamento Agressivo* em cinco casos no GVF *versus* quatro no GV.

Assim, a percepção das mães quanto ao funcionamento de seus filhos avaliada pelo CBCL, apresenta melhora acentuada no grupo de orientação por *vídeo feedback*. Parece que visualizar o comportamento da criança, receber informação sobre a adequação para idade e sexo, e instrução sobre o manejo adequado deste, teve o efeito de mudar a avaliação das mães sobre seus filhos. Esse resultado proveniente do CBCL deve ser interpretado tanto em relação às melhoras efetivas alcançadas no comportamento da criança, quanto à mudança na percepção de normalidade das mães em relação ao comportamento dos filhos. Estes resultados permitem supor que provavelmente o *vídeo feedback* exerça um impacto maior sobre ambas as alterações do que a orientação verbal apenas.

e) Responsividade da mãe e da criança

As mães, em ambos os grupos, iniciaram a orientação em média muito pouco responsivas às suas crianças e foram gradualmente aprendendo a responder apropriadamente ao comportamento adequado delas. As mães do GVF apresentaram uma responsividade maior que às do GV na avaliação pós-intervenção, chegando à proporção de 1,1 resposta materna apropriada para cada resposta apropriada da criança. No seguimento de um mês, os grupos ficaram praticamente iguais, e as mães estavam respondendo apropriadamente a 60% do comportamento apropriado de seus filhos.

O GV apresentou mais casos na faixa de melhora na avaliação pós-intervenção (nove casos no GV *versus* oito casos no GVF) e no seguimento de um mês (oito casos no GV *versus* seis casos no GVF), mas considerando-se os casos de melhora que alcançaram a faixa não-clínica, o GVF apresentou maior número de casos na avaliação pós-intervenção (sete casos no GVF *versus* seis no GV) e no seguimento de um mês (quatro casos no GVF *versus* três no GV). Um ano depois, os dois grupos estavam iguais na manutenção da responsividade materna (em torno de 60%), e com quatro casos cada grupo com resultados acima da avaliação pré-intervenção.

Quanto à responsividade das crianças, observa-se que esta não se altera significativamente entre os grupos. Há uma diferenciação entre GV e GVF na avaliação de seguimento de um mês, em que as crianças do GVF passam a emitir uma resposta apropriada para cada instrução materna. Resultado similar aparece na análise da significância clínica, não havendo diferenças entre os grupos na condição pós-intervenção: todos os casos, de ambos os grupos, permanecem na área de não-alteração. Na avaliação de significância clínica do seguimento de um mês, o GVF apresenta três casos na área de melhora, enquanto todos os casos do GV permanecem sem alteração.

Um ano depois, a responsividade das crianças do GVF continua em média 15% superior a do GV, e o número de casos que se mantêm acima dos valores da avaliação pré-intervenção é o mesmo, sendo quatro casos em cada grupo.

É interessante notar que a responsividade inicial das crianças era de 50%, enquanto a das mães era de 10%. Griest, Forehand, Wells e McMahon (1980) num estudo com 20 mães e suas crianças pré-escolares encontraram porcentagem média 33,2% de obediência às ordens maternas em crianças não-clínicas, e média de 26,9% nas crianças clínicas. As crianças do presente estudo seguiram em média metade das instruções maternas durante as avaliações observacionais, um índice que pode ser considerado satisfatório, frente aos resultados do estudo citado, à pouca idade das crianças, e ao fato de que elas eram consideradas “desviantes” por suas mães. Isto evidencia a provável dificuldade destas mães em discriminar o comportamento adequado de suas crianças, como propõe Wood-Shuman e Cone (1986).

As mães do presente estudo pareciam esperar a ocorrência de um comportamento “exemplar” ou “correto” por parte das crianças, para então valorizar o desempenho, e não percebiam as muitas aproximações realizadas por seus filhos tentando responder às suas demandas. Considerando que as mães só valorizavam 10% das respostas de obediência das crianças, muito provavelmente elas estivessem avaliando apenas pequena porcentagem dos comportamentos de seus filhos como adequados. Após a intervenção, que as ensinou a perceber e valorizar os comportamentos apropriados, mesmo aqueles em processo de aquisição, as mães melhoraram em 50% sua responsividade. Até mesmo as crianças, cuja melhora neste aspecto não era esperada, apresentaram incremento significativo da responsividade, principalmente às do grupo de orientação por *vídeo feedback*.

Assim, o *vídeo feedback* pareceu não exercer efeito diferencial sobre a melhora da responsividade materna em relação à orientação apenas verbal. Porém, a

responsividade das crianças alcançou pequena melhora a médio e longo prazos. Embora seja pequena, tal mudança parece relevante, uma vez que as crianças já apresentavam índice satisfatório de seguimento de instruções, e conseguiram avançar ainda mais. Provavelmente este resultado tenha relação com a aprendizagem mais acurada por parte das mães que viram o vídeo quanto ao uso do reforçamento para fortalecimento dos comportamentos desejáveis de seus filhos.

f) Proporção elogios X críticas

Quanto à proporção de elogios x críticas, isto é, quantos elogios a mãe dirigia à criança ou ao seu comportamento, para cada crítica realizada, observou-se que os dois grupos apresentaram uma frequência inicial de críticas ao comportamento da criança três vezes maior do que de elogios, e essa relação se inverteu logo após as mães terem recebido a primeira orientação. Inversão acentuada ocorreu no GVF, cujas mães, na avaliação pós-intervenção, passaram a emitir em média, quatro elogios para cada crítica, enquanto no GV a média foi de dois elogios e meio para cada crítica. Duas mães do GVF apresentaram alta frequência de elogios e zeraram as críticas nesta avaliação, sendo que nenhuma mãe do GV obteve frequência zero de críticas em nenhuma das avaliações.

No seguimento de um mês os grupos apresentaram proporção média similar, 2,8 elogios por crítica no GV e 2,2 no GVF. Na análise da significância clínica, os dois grupos apresentam 100% dos casos na área de melhora na avaliação pós-intervenção, sendo que no seguimento de um mês o GV apresenta superioridade com nove casos que apresentam melhora confiável *versus* oito no GVF.

Nesta variável – proporção de elogios por críticas, foi onde se observou diferença considerada significativa entre os grupos na avaliação um ano depois. Em média, o GV manteve proporção de 1,8 elogios por crítica, enquanto o GVF manteve uma proporção

de 3,4 elogios por crítica, quase o dobro do GV. No número de casos que se mantém acima dos valores da avaliação inicial também se observa diferença relevante. Quatro casos do GVF mantêm frequência de elogios acima da de críticas um ano depois, e quatro casos do GV voltam a criticar mais do que elogiar.

g) Tarefa de Casa e Satisfação do Consumidor

O empenho das mães com a tarefa de casa foi praticamente o mesmo nos dois grupos. O GVF obteve uma média de dias em que a tarefa foi realizada em casa um pouco acima do GV e maior número de mães que realizaram a tarefa por mais dias, o que pode indicar algum impacto, embora muito discreto, do procedimento utilizado sobre a adesão das mães às estratégias de intervenção, hipótese para investigações futuras.

A satisfação das mães com a orientação recebida também não pareceu ser diferente nos dois grupos de intervenção. Embora novamente o GVF tenha obtido média superior à do GV, a diferença é de menos de um ponto, e não tem poder de diferenciação entre os grupos. Os resultados de satisfação do consumidor obtidos neste estudo são similares aos obtidos por Marinho (1999), com grupos de orientação de pais com maior duração, que também avaliaram o programa do qual participaram como sendo, no geral, *bom* ou *muito bom*.

Ao analisar o conjunto dos resultados obtidos, foram considerados critérios de diferença entre os grupos, as diferenças médias de 30% para mais ou para menos nas categorias comportamentais ou nos escores dos instrumentos, e as diferenças de 20% na significância clínica entre as avaliações (dois casos a mais em dez, foi considerada uma diferença vantajosa). Assim, pode-se constatar que dos onze aspectos analisados, o grupo orientado por meio do *vídeo feedback* obteve resultados médios superiores na avaliação pós-intervenção, em 87,5% deles, igualando-se aos resultados obtidos pelo grupo de orientação

apenas verbal nas outras 12,5% restantes. Os resultados da análise da significância clínica pós-intervenção não mostraram diferenças entre os grupos, o GVF apresentou resultados superiores em 25% das variáveis analisadas e o GV também em 25%, sendo a maior porcentagem (50%) para os resultados similares entre os grupos.

A curto prazo, nas avaliações de seguimento de um e três meses, o *vídeo feedback* não pareceu promover melhor manutenção dos ganhos do que a orientação verbal. O GVF mostrou ganhos médios superiores em 45,4 % das variáveis analisadas, e similaridade com o GV em 54,6%. Na análise da significância clínica, em 36,4% das variáveis analisadas, foram encontrados maior número de casos que alcançaram melhora confiável, tanto no GV, quanto no GVF. Resultados similares entre os grupos foram encontrados nos 27,3% restantes. Esses resultados mostram que um tempo depois da intervenção, o que se evidencia são as similaridades no nível de funcionamento de mães e crianças, independente do procedimento empregado na intervenção.

O *vídeo feedback* porém, pareceu exercer algum efeito sobre a manutenção da aprendizagem ocorrida a longo prazo, enquanto os resultados decorrentes da orientação apenas verbal tenderam a se deteriorar. No seguimento de um ano, as mães do *vídeo feedback* mostraram resultados superiores em 36,4% das variáveis, similares em outras 36,4% e inferiores ao GV em 27,2%. Na análise da significância clínica, os grupos apresentaram resultados similares em 45,4% das variáveis analisadas, o GVF alcançou superioridade em 36,4% e o GV em 18,2%. Considerando os resultados na proporção elogios por críticas, o GVF ficou muito acima do GV um ano depois, 80% das mães mantiveram-se elogiando mais do que criticando seus filhos, enquanto no GV 80% das mães retornaram ao padrão de criticar mais do que elogiar o comportamento de suas crianças.

CONCLUSÃO

A literatura de pesquisa sobre intervenções baseadas em procedimentos comportamentais tanto para crianças pré-escolares, quanto escolares, têm sugerido que tais intervenções têm sido os tratamentos de escolha para crianças que apresentam desordens externalizantes, dadas as evidências de sua efetividade (Nixon, 2002; Foster, 2003). Como já apontado na revisão de literatura, uma parte desta pesquisa tem examinado os métodos de ensino dos princípios e habilidades que permeiam este tipo de intervenção para pais, incluindo o uso de instruções verbais, provisão de material escrito, modelação de habilidades ao vivo, vídeo modelação, uso de técnicas de *role playing* e *feedback* imediato da prática orientada (Eyberg & Matarazzo, 1980; Webster-Stratton. & Hammond, 1997; Nelson, Westhes e MacLeod, 2003).

O presente estudo, situado dentro desta linha de pesquisa, examinou os efeitos do uso do *vídeo feedback* na orientação de mães com crianças pré-escolares que exibiam níveis clínicos de comportamento opositor, e encontrou alguma evidência a favor do uso da gravação em vídeo das interações entre a própria dupla mãe-criança como estratégia de intervenção. Os resultados encontrados neste estudo corroboram as idéias de Webster-Stratton e Reid (2003), as quais afirmam que o uso do vídeo proporciona um método mais efetivo de treinamento discriminativo para pais do que apenas a instrução didática.

Os resultados obtidos apontam vantagens quanto ao uso do *vídeo feedback* na aprendizagem que ocorre durante a intervenção, que parece ser mais rápida e de magnitude um pouco superior ao final da orientação, e na manutenção dos comportamentos das mães, embora esse último efeito precise ser melhor investigado. Webster-Stratton e Reid (2003), afirmam que a vídeo modelação resulta em melhor generalização do conteúdo de treinamento

e, por conseguinte, melhor manutenção à longo prazo. Tal afirmação talvez possa ser estendida ao uso do *vídeo feedback*, porém, outros estudos com amostras mais amplas, seriam necessários para a verificação desta hipótese.

Ajustes metodológicos com certeza se fazem necessários em estudos futuros, para identificação do “quê” especificamente muda no comportamento das mães que se vêem no vídeo, que produz manutenção de algumas mudanças ao longo do tempo. As diferenças encontradas na aprendizagem do “elogiar” e na supressão do “criticar”, não pareceram suficientes para explicar os resultados obtidos no presente estudo, um ano depois. Se as mães se igualam em muitos aspectos a curto prazo, por quê as que viram seu desempenho no vídeo conseguem manter-se elogiando mais do que criticando tanto tempo depois? Além disso, uma vez que o objetivo principal do estudo era avaliar o efeito imediato do *vídeo feedback* como procedimento de intervenção, não se esperava que uma orientação tão breve como a proposta aqui, como um recorte de pesquisa, produzisse impacto relevante à longo prazo.

Em função da ocorrência desse efeito, pode-se supor que algo a mais tenha ocorrido com as mães orientadas por meio do *vídeo feedback* e que as variáveis selecionadas para mensuração das mudanças não tenham sido sensíveis o suficiente para detectar o que realmente ocorreu. Tais mudanças podem ter ocorrido a nível encoberto, e outras medidas talvez precisem ser empregadas para que tais alterações possam ser acessadas. Uma explicação para essa ocorrência pode estar na qualidade do comportamento discriminativo modelado pela aprendizagem por meio do vídeo, como sugerem Wood-Shuman e Cone (1986) e Wahler e Dumas (1984).

Estes autores encontraram que, mães que experimentam problemas com seus filhos, falham em discriminar acuradamente comportamentos infantis positivos e negativos. Em ambos os estudos, mães com dificuldades de manejo de suas crianças, viam

vídeos de seus próprios filhos e de outras crianças se comportando e eram questionadas a respeito de se tais respostas eram ou não apropriadas. As mães taxavam o comportamento da criança como “problemático” enquanto observadores treinados o viam como inócuo. Os estudos concluíram que as mães falhavam em discriminar acuradamente os comportamentos infantis positivos e negativos, indicando que elas estavam respondendo a ambos como provenientes de uma mesma classe de estímulos.

Wood-Shuman e Cone (1986) sugerem que a intervenção deveria focalizar não apenas no ensino de respostas apropriadas às mães, mas também de respostas de observação, descrição e classificação apropriada do comportamento da criança (neutro, mau ou bom) e que os vídeos poderiam auxiliar nesta tarefa. Segundo eles, habilidades discriminativas deveriam ser modeladas antes do ensino de respostas apropriadas ao comportamento observado, com o objetivo de reduzir a amplitude do gradiente de generalização e prevenir o desenvolvimento de responder abusivo por parte das mães.

Dessa forma, no presente estudo, ao usar o vídeo para ensinar as mães a discriminar o comportamento apropriado das crianças, para então consequenciar positivamente, pode-se supor que elas tenham tido oportunidade de aprender tais habilidades, mesmo que a intervenção não tenha tido esse objetivo direto. Aprendendo a observar, classificar como adequado ou não, para então reforçar os comportamentos infantis desejáveis, a intervenção por meio do vídeo pode ter proporcionado uma condição concreta, para uma alteração mais precisa nas propriedades dos estímulos antecedentes que estavam controlando discriminativamente o responder das mães (Skinner, 1989; Meyer, 2000).

Assim, a melhora de maior magnitude alcançada nas avaliações do comportamento da criança, como a diminuição da intensidade dos problemas apresentados e o aumento da responsividade infantil (obediência) no grupo de *vídeo feedback*, pode ter relação com essa aprendizagem discriminativa mais refinada por parte das mães, assim como, o maior

número de crianças avaliadas por suas mães neste grupo, como tendo apresentado redução para índices não-clínicos nas avaliações do CBCL.

As mães de ambos os grupos obtiveram melhoras praticamente semelhantes com a intervenção na frequência de elogios e na responsividade, diferindo um pouco na redução das críticas, o que certamente causou impacto diferenciado na proporção elogios x críticas entre os grupos. Mas a melhora na responsividade das crianças, cujas mães viram o vídeo, fortalece a hipótese levantada de que as mães podem ter tido uma aprendizagem mais refinada quanto às habilidades discriminativas necessárias ao uso do reforçamento diferencial, o que produziu aumento na obediência das crianças aos direcionamentos maternos. Porém, essa provável especificidade de mudança não foi claramente medida por este estudo e permanece como um desafio operacional para estudos futuros

Webster-Stratton e Reid (2003) afirmam que o treinamento de pais com uso do vídeo difere dos programas de treinamento nos quais o terapeuta realiza a análise e recomenda uma estratégia particular, por proporcionar uma aprendizagem direta através da observação dos próprios erros. Ao ver no vídeo o que não querem ou não gostam de ver a respeito de si mesmos, este recurso, segundo Whitaker (1978), teria o efeito de enfraquecer rapidamente as respostas inadequadas dos pais, permitindo que novos padrões de interação sejam modelados e fortalecidos num tempo mais curto.

Considerando os resultados obtidos por este estudo, pode-se afirmar que eles apontam na direção de que o procedimento de *vídeo feedback* apresentaria vantagens que justificariam sua inclusão em programas de orientação à pais. Além de, no geral, promover alterações de maior magnitude em menor tempo, também apresenta baixo custo, facilidade de uso e adequação como recurso complementar ao atendimento das necessidades de aprendizes menos verbalmente orientados, como os que falam pouco ou mesmo não relatam precisamente exemplos de ocorrência dos comportamentos-problema.

Outra razão para sua inclusão em programas de orientação à pais, é que o *vídeo feedback* este parece corresponder às características apresentadas pelos componentes das intervenções com pré-escolares consideradas bem sucedidas segundo Nelson, Westhes e MacLeod (2003). Segundo a revisão de pesquisas na área realizada por esses autores, quanto mais o procedimento empregado for estruturado, permitir alta integridade da intervenção, proporcionar o ensino ativo de habilidades, e estiver baseado em um conjunto consistente de pressupostos teóricos, maior a probabilidade de que os programas de tratamento que dele se utilizam alcancem resultados positivos.

Mesmo que usado apenas como um recurso de avaliação, o vídeo apresenta-se vantajoso, como um suplemento importante aos dados colhidos via relato dos pais (Wakschlag, Leventhal, Briggs-Gowan, Danis, Keenan, Hill, Egger, Cicchetti & Carter, 2005). Isto porque, embora os pais sejam bons historiadores sobre o comportamento de seus filhos, eles são frequentemente menos hábeis nos julgamentos sobre se tais comportamentos são normativos ou atípicos.

Pesquisas futuras necessitam se direcionar à investigação dos aspectos mais específicos das mudanças no comportamento parental e comprovação do efeito a longo prazo da intervenção que faz uso desse componente (Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido & Hood, 2001).. De qualquer forma, a relação custo/ benefício parece compensadora quando se considera que tal procedimento pode abreviar as intervenções com pais, pelo menos com aquelas cujo problema principal seja a inabilidade em lidar com comportamentos típicos da infância, como foi o caso da amostra deste estudo.

Estudos dos efeitos dos procedimentos são importantes porque, como afirmam Shirk e Phillips (1991) quanto mais se conhece sobre o tipo, o tempo e a dosagem de intervenções necessárias para prevenir e tratar os problemas de conduta das crianças, melhores condições terão os terapeutas de oferecer tratamento e apoio de forma estratégica.

Como apontam Webster-Stratton e Reid (2003), isso é verdadeiro principalmente com os problemas de crianças pequenas, para que se promova o quanto antes, a prevenção do desenvolvimento de desordens de conduta, delinquência e violência.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C. & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4), 779-788.
- Azar, S. T. & Wolf, D. A. (1989). Child abuse and neglect. In E. J Mash & R. A. Barkley (Eds), *Treatment of childhood disorder*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: Parent-teacher assignments*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Berger, M. M. (1970). (Org), *Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment*. Nova York: Brunner/ Mazel.

- Berkowitz, B. P. & Graziano, A. M. (1972). Training parents as behavior therapists: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 297-317.
- Biggs, S. (1980). The me I see: Acting, participating, observing and viewing and their implications for videofeedback. *Human Relations*, 33 (8), 575-588.
- Brenes, A., & Cooklin, A. I. (1983). Videotape feedback effects on interpersonal perception accuracy in families undergoing therapy. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5 (4), 345-352.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments for children and adolescents with conduct-disordered behavior: 29 years, 82 studies e 5272 children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 179-188.
- Brinkmeyer, M. Y., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz (Eds), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. (pp. 204-223) New York: Guilford Press.
- Brown, M., Yando, R., & Rainforth, M. (2000). Effects of an at-home video course on maternal learning, infant care and infant health. *Early Child Development and Care*, 160, 47-65.
- Butler, S. F., Budman, S. H., & Beardslee, W. (2000). Risk reduction in children from families with parental depression: A videotape psychoeducation program. *National Academies of Practice Forum*, 2 (4), 267-276.

- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871-889.
- Campbell, S. B., Ewing, L. J., Breaux, A. M., & Szumowski, E. K. (1986). Parent-referred problem three-year olds: Follow up at school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 473-488.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Catania, A. C.; Matthews, B. A. & Shimoff, E. H. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248.
- Christophersen, E. R., & Mortweet, S. L. (2001). *Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems*. Washington: APA.
- Chorpita, B. (2003). The frontier of evidence-based practice. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cline, D. W. (1972). Video tape documentation of behavioral change in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42 (1), 40-47.

Corbett, B. A. & Abdullah, M. (2005). Video modeling: Why does it work for children with autism? *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2 (1), 2-8.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunningham, C. E, Davis, J. R., Bremner, R., Dunn K.W., & Rzasa, T. (1993). Coping modeling problem solving versus mastery modeling: Effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in a residencial parent-training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (5), 871-877.

Dorwick, P. W., & Jesdale (1991). *Practical guide to using video in the behavioral sciences*. New York: John Wiley & Sons.

Eisenstadt, T. H., Eyberg, S. M., McNeil, C. B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 42-51.

Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of tradicional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10 (1), 33-46.

Eyberg, S. M. (1992). Assessing therapy outcome with preschool children: Progress and problems: *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 306-311.

- Eyberg, S. M. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In L. VandeCreek, S. Knapp, & S. T. L. Jackson, (Eds.), *Inovations in clinical practice: A source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G. & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy*, 23 (4) 1-19.
- Eyberg, S. M., & Matarazzo, R.G. (1980). Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interactions training and parent group didactic training: *Journal of Clinical Psychology*, 36, 492-499.
- Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1982). Parent-child interaction training: Effects on family functioning. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 130-137.
- Forehand, R., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training*. New York: Guilford Press.
- Foster, B. T. (2003). Training parent with videotapes: An empirical description. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (6-B), 2915.
- Furman, L. (1990). Video therapy: An alternative for the treatment of adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 165-169.

- Goldberg, D. A. (1985). Process notes, audio and videotape: Modes of presentation in psychotherapy training. *Clinical Supervisor*, 3 (3), 3-13.
- Goodyear, R. K., & Nelson, M. L. (1997). The major formats of psychotherapy supervision. In C. E. Watkins Jr., (Ed), *Handbook of psychotherapy supervision*. New York: Wiley.
- Griest, D. L; Forehand, R., Wells, K. C; McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (3), 497-500.
- Hanf, C. A., & Kling, J. (1973). *Facilitating parent-child interactions: A two-stage training model*. New York: Plenum Press.
- Heiveil, I. (1984). *Videoterapia: O uso de vídeo na psicoterapia*. São Paulo: Summus.
- Hembree-Kigin, T. L., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum Press.
- Holmbeck, G. N., Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. (pp. 21-41). New York: Guilford Press.

- Houlihan, D., Miltenberger, R.G., Trench, B., Larson, M., Larson, S. & Vincent, J. (1995). A video-tape peer/self modeling program to increase community involvement. *Child & Family Behavior Therapy*, 17 (3), 1-11
- Jacobson N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intervention in transmission of insecure attachment: A case study. *Psychological Report*, 80, 531-543.
- Kazdin, A. E. (1987b). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Kazdin, A. E. (2000a). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835.
- Kazdin, A. E. (2003). Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. (pp. 241-262). New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power do detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 138-147.

- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1116-1129.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). Context and background of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Kemenoff, S., Worchel, F., Prevatt, B., & Willson, V. (1995). The effects of video feedback in the context of Milan Systemic Therapy. *Journal of Family Psychology*, 9 (4), 446-450.
- Lautch, H. (1970). Video-tape recording as an aid to behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 117 (537), 207-208.
- Leifer, M., Wax, L. C., Leventhal-Belfer, L., Fouchia, A., & Morrison, M. (1989). The use of multitreatment modalities in early interventions: A quantitative case study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 100-116.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Lowry, M. A., & Whitman, T. L. (1989). Generalization of parenting skills: An early intervention program. *Child & Family Behavior Therapy*, 11 (1), 45-64.

- Mandel, U., Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (1998). Using video to reduce home safety hazards with parents reported for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 13 (2), 147-162.
- Marakovitz, S. E., & Campbell, S. B. (1998). Inattention, impulsivity, and hyperactivity from preschool to school age: Performance of hard-to-manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 841-851.
- Marinho, M. L. (1999). *Orientação de pais em grupo: Intervenção sobre diferentes queixas comportamentais infantis*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marshall, N. R., & Hegrenes, J. R. (1970). The application of video tape replay in academic and clinic settings. *Mental Retardation*, 8 (6), 17-19.
- McDonough, S. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 661-673.
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 901-917.

- McNeil, C. B., Eyberg, S. M., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. W. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140-151.
- Meyer, S. B. (1982). *The effects of self-recording on the generality of parenting behaviors*. Master Dissertation, Western Michigan University, USA.
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamental*, 8 (2), 215-225.
- Miller, L. S. (1994). Primary prevention of conduct disorder. *Psychiatry Quarterly*, 65, 273-285.
- Moura, C.B., Silves, E. F. M., Jacovozzi, F. M., Silva, K. A., & Casanova, L. T. (no prelo). Efeitos dos procedimentos de vídeo feedback e modelação em vídeo na mudança dos comportamentos maternos em dois estudos de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Nelson, G., Westhes, A., & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment*, 6 (1). Disponível na Web: <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060031a.html>
- Newcomb, K. E. (1995). *The long-term effectiveness of parent-child interaction therapy with behavior problem children and their families: A two-year follow up*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Florida, Gainesville.

- Newmark, C. S., Dinoff, M., & Raft, D. (1974). The standardized video-tape interview as an objective dependent variable in psychotropic drug research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 158 (1), 18-24.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525-546.
- O'Dell, S. (1974). Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin*, 81, 418-433.
- Olivares, J. & García-López, L. J. (1997). Una revisión del estado actual de la literatura española sobre entrenamiento de padres. *Psicología Conductual*, 5, 177-190.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for patient noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pedd, S., Roberts, M., & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification*, 1 (3), 323-350.
- Posner, S. H. (1980). The use of self-confrontive video and audio tape feedback for supervisors. *Dissertation Abstracts International*, 41 (4-A), 1555.

- Ray, W. A., & Saxon, W. W. (1992). Nonconfrontative use of video playback to promote change in brief family therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 18, 63-69.
- Reamer, R. B., Brady, M. P., & Hawkins, J. (1998). The effects of video self-modeling on parents' interactions with children with developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33 (2), 131-143.
- Reid, J. B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5, 243-262.
- Reivich, R. S., & Geertsma, R. H. (1968). Experiences with videotape self-observation by psychiatric in-patients. *Journal of the Kansas Medical Society*, 69, 39-44.
- Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 547-570
- Shamsie, S. J. (1981). Antisocial adolescents: Our treatments do not work – where do we go from here? *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 357-364.
- Sharry, J., Guerin, S., Griffin, C., & Drumm, M. (2005). An evaluation of the parents plus early years programme: A video-based early intervention for parents of pre-school children

- with behavioural and developmental difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (3), 319-336.
- Shirk, S. R., & Phillips, J. S. (1991). Child therapy training: Closing gaps with research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 766-776.
- Schuhmann, E. M, Foote, R., Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1998). Parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trail with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-35.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L. & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escola brasileiras com a lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E. F. M. Silvares (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. (pp. 59-72) Campinas: Alínea.
- Simon, D. J. & Johnston, J. C. (1985). Working with families: The missing link in behavior disorder interventions. In R. B. Rutherford, (Ed.), *Severe behavioral disorders of children and youth*. Boston: College Hill Press.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, C. H., Shapiro, E. S., Turco, T. L., Cole, C. L., & Brown, D. K. (1992). A comparison of self- and peer-delivered immediate corrective feedback on multiplication performance. *Journal of School Psychology*, 30, 101-116.

- Speltz, M. L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845.
- Vigilante, V. A., & Wahler, R. G. (2005). Covariations between mothers' responsiveness and their use of "do" and "don't" instructions: Implications for child behavior therapy. *Behavior Therapy* 36, 207-212.
- Wahler, R. G. (1976). Deviant child behavior within the family: Development speculations and behavior change strategies. In H. Leitenberg, (Org.), *Handbook of behavior modification and behavior theory*. (pp. 516 – 543). New Jersey: Prentice Hall.
- Wahler, R.G., & Dumas, J. (1984). Changing the observational coding styles of insular and noninsular mothers: A step toward maintenance of parent training effects. In R. F. Dangel & R.A. Polster (Eds), *Parent training: Foundations of research and practice*. (pp. 379-416). New York: Guilford Press.
- Wakschlag, L. S., Leventhal, B. L., Briggs-Gowan, M. J., Danis, B., Keenan, K., Hill, C., Egger, H. L., Cicchetti, D. & Carter, A. S. (2005). Defining the "disruptive" in preschool behavior: What diagnostic observation can teach us. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (3), 183-201.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666-678.

- Webster-Stratton, C. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective training programs for conduct-problem children. *Behavior Therapy*, 20, 103-115.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492.
- Webster-Stratton, C. (1991). Annotation: strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1047-1062.
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive Therapy and Research*, 16, 31-35.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 550-553.

- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 558-566.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, J. R. (Eds), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. (pp. 224-240). New York: Guilford Press.
- Weiner, A., Kuppermintz, H. & Guttman, D. (1994). Video home training (the Orion Project): A short-term preventive and treatment intervention for families with young children. *Family Process, 33*, 441-453.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin, 117*, 450-468.
- Wert, B. Y. & Neisworth, J. T. (2003). Effects of video self-modeling on spontaneous requesting in children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 5*, 30-36.
- Whitaker, C. (1978). The use of videotape in family therapy with special relation to therapeutic impasse. In M. M. Berger (Org.), *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. New York: Brunner/Mazel.

Williams L. C. A. & Matos, M. A. (1984). Pais como agentes de mudança comportamental dos filhos: Uma revisão da área. *Psicologia*, 10, 5-25.

Wood-Shuman, S., & Cone, J. D. (1986). Differences in abusive, at-risk for abuse, and control mothers` descriptions of normal child behavior. *Child Abuse & Neglect*, 10, 397-405.

Zelenko, M., & Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 192-203.

Ziarnik, J. P. (1977). The relative efficacy of in vivo self-monitoring and video tape feedback in altering rates of question-asking in group therapists. *Dissertation Abstracts International*, 37 (12-B), 6359.

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro de Entrevista Inicial

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2. ENCAMINHAMENTO

2.1. Por quê e por quem

3. LEVANTAMENTO DA QUEIXA

3.1. Motivo pelo qual procurou atendimento para a criança

3.2. Desde quando enfrenta o problema? Com que frequência e duração?

3.3. Onde ocorre o comportamento-queixa?

3.4. Fatos marcantes do início do problema

3.5. Consequência do problema para a própria criança, para os pais e outras pessoas.

3.6. Reação dos pais (irmãos/escola) frente ao problema.

3.7. Cite exemplos da ocorrência da queixa. Relate a última ocorrência.

3.8. Tentativas do pais/escola para resolver o problema. De que forma? Buscou ajuda formal ou informal? Qual o resultado desta procura?

3.9. Atribuição dos pais ao problema da criança.

3.10. Comportamentos apropriados que a criança apresenta.

4. HISTÓRICO DE VIDA

4.1. Onde a criança mora e com quem.

4.2. Número de irmãos.

4.3. Desenvolvimento: Como foi amamentação, treino de alimentação, treino de toalete. Outras informações relevantes sobre o desenvolvimento.

4.4. Introdução à escola.

4.5. Desempenho e comportamento atual na escola.

4.6. Aspectos orgânicos (saúde da criança).

5. AMBIENTE E CONTEXTO ATUAL

5.1. Dia-a-dia da família.

5.2. Rotina da criança (tempo para estudo e brincar)

5.3. Condição de trabalho dos pais: investigar tempo dos pais com os filhos e interação, possibilidade de stress dos pais.

5.4. Situação financeira da família.

5.5. Relacionamento dos pais.

5.6. Relação dos pais com os avós (história de vida dos pais com seus próprios pais)

6. EXPECTATIVA QUANTO AO TRATAMENTO

6.1. O que espera do atendimento?

6.2. Qual a condição ou critério para os pais considerarem que houve melhora (alta)?

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa da qual você estará participando faz parte das atividades de um estudo que investiga estratégias terapêuticas para auxiliar pais e mães em seu relacionamento com seus filhos. Esclarecemos que, por se tratar de um trabalho de pesquisa da Universidade, é importante que os participantes estejam cientes e concordem com os termos abaixo:

1. O objetivo da pesquisa é auxiliar os pais no que diz respeito ao seu relacionamento com os filhos através de um procedimento de vídeo-feedback;
2. Serão gravadas em vídeo sessões de brincadeira livre entre você e seu filho(a) para posterior discussão e análise em sessões individuais dos pais com a equipe de pesquisa;
3. Terão acesso ao conteúdo do vídeo, além dos pais, apenas as duas alunas envolvidas no atendimento clínico e a docente-pesquisadora;
4. A intervenção terá duração aproximada de 06 sessões de 50 minutos que poderão ocorrer uma a duas vezes por semana conforme a disponibilidade dos participantes;
5. Em qualquer momento durante a pesquisa, você poderá desistir de sua participação, sem que isso traga nenhum prejuízo para você, ou para o tratamento psicológico que seu filho(a) esteja fazendo ou venha a fazer nesta clínica.
6. Os participantes terão sua identidade preservada e garantia de sigilo das informações pessoais em caso de divulgação dos resultados em publicações ou eventos científicos.
7. Os participantes terão acesso irrestrito aos resultados de seu tratamento e, caso se interessem, poderão solicitar acesso aos resultados finais da pesquisa, após a conclusão da mesma.

No mais, a equipe de pesquisa estará à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em quaisquer momentos da condução deste trabalho e mesmo após sua finalização. Contatos podem ser feitos pelos telefones abaixo.

Londrina, ___/___, 2004.

Cynthia Borges de Moura
Pesquisadora

Estagiária

Declaramos que estamos cientes dos itens constantes neste Termo e concordamos com o fornecimento e divulgação dos resultados do trabalho para o estudo citado.

Assinatura da Mãe

Assinatura do Pai

ANEXO C

Child Behavior Checklist para Crianças de 1 ½ a 5 Anos

Por favor, responda. *Assegure-se de ter respondido todos os itens.*

Nome completo da criança:			Código
Nome da mãe:			Tipo de trabalho dos pais, mesmo que não estejam trabalhando no momento. Por favor, seja específico, por exemplo, mecânico de carro, professora, do lar, operário, operador de torno mecânico, vendedor de sapato, sargento do exército.
Sexo da criança () M () F	Idade da criança	Etnia / Raça	Pai Tipo de profissão: _____
Data da avaliação: Dia ___ Mês ___ Ano ___		Data de Nascimento: Dia ___ Mês ___ Ano ___	Mãe Tipo de profissão: _____
Por favor, preencha este formulário para refletir sua visão do comportamento da criança mesmo se outras pessoas não concordarem. Sinta-se livre para escrever comentários adicionais ao lado de cada item e no espaço dado na página 2. Tenha certeza de responder todos os itens.			Este formulário foi preenchido por: (escreva seu nome completo) _____
			Seu relacionamento com a criança: () Mãe () Pai () Outro (especifique): _____

Abaixo tem uma lista de itens que descreve crianças. Para cada item que descreve a criança **agora ou nos 2 últimos meses**, por favor, circule o item **2** se o item é **muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro** para a criança. Circule o item **1** se o item é **levemente verdadeiro ou às vezes verdadeiro** para a criança. Se o item **não é verdadeiro** para a criança, circule o **0**. Por favor, responda todos os itens como você puder, mesmo se algum item não se aplicar à criança.

0 = não verdadeiro (segundo você sabe) 1 = levemente verdadeiro ou às vezes verdadeiro 2 = muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro

0	1	2	1.	Sente dor (sem causa médica, não inclui dor de estômago ou dor de cabeça).	0	1	2	19.	Tem diarreia ou intestino solto (quando não está doente).
0	1	2	2.	Age de forma infantil para a idade.	0	1	2	20.	É desobediente.
0	1	2	3.	Tem medo de tentar coisas novas.	0	1	2	21.	Fica perturbada por alguma mudança na rotina.
0	1	2	4.	Evita olhar as pessoas nos olhos.	0	1	2	22.	Não quer dormir sozinha.
0	1	2	5.	Não se concentra, não mantém atenção por muito tempo.	0	1	2	23.	Não responde quando pessoas falam com ela.
0	1	2	6.	Não fica sentada calmamente, é impaciente ou hiperativa.	0	1	2	24.	Não come bem (descreva): _____
0	1	2	7.	Não tolera as coisas fora do lugar.	0	1	2	25.	Não se entende com outras crianças.
0	1	2	8.	Não espera; quer tudo imediatamente.	0	1	2	26.	Não sabe como se divertir; age como uma pequena adulta.
0	1	2	9.	Mastiga coisas que não são comestíveis.	0	1	2	27.	Não parece sentir-se culpada depois de portar-se mal.
0	1	2	10.	É apegada a adultos ou excessivamente dependente.	0	1	2	28.	Não quer sair de casa.
0	1	2	11.	Constantemente procura ajuda.	0	1	2	29.	Frustra-se facilmente.
0	1	2	12.	Tem o intestino preso (quando não está doente).	0	1	2	30.	Sente ciúmes facilmente.
0	1	2	13.	Chora muito.	0	1	2	31.	Come ou bebe coisas que não são alimentos – não inclui doces (descreva): _____
0	1	2	14.	É cruel com animais.	0	1	2	32.	Tem medo de certos animais, situações ou lugares (descreva): _____
0	1	2	15.	Desafiadora.	0	1	2	33.	Magoa-se facilmente.
0	1	2	16.	Os pedidos devem ser atendidos imediatamente	0	1	2	34.	Machuca-se muito, propensa a acidentes.
0	1	2	17.	. Destrói suas próprias coisas.	0	1	2	35.	Entra em muitas brigas.
0	1	2	17.	Destrói coisas pertencentes a sua família ou outras crianças.	0	1	2	36.	Mete-se em tudo.

0	1	2	37.	Fica muito perturbada quando separada dos pais.	0	1	2	71.	Mostra pouco interesse em coisas ao seu redor.
0	1	2	38.	Tem dificuldade para dormir.	0	1	2	72.	Mostra muito pouco medo de machucar-se.
0	1	2	39.	Tem dores de cabeça (sem causa médica).	0	1	2	73.	Muito tímida ou acanhada.
0	1	2	40.	Bate nos outros.	0	1	2	74.	Dorme muito menos do que a maioria das crianças durante o dia e/ou noite (descreva):
0	1	2	41.	Perde o fôlego.	0	1	2	75.	Suja-se ou brinca com as fezes.
0	1	2	42.	Machuca animais ou pessoas sem querer.	0	1	2	76.	Problema na fala (descreva):
0	1	2	43.	Tem olhar infeliz sem motivo.	0	1	2	77.	Fica aérea ou parece preocupada.
0	1	2	44.	É mau humorada.	0	1	2	78.	Dores de estômago ou cólicas (sem causa médica).
0	1	2	45.	Tem enjôo (sem causa médica).	0	1	2	79.	Muda rapidamente entre tristeza e alegria.
0	1	2	46.	Tem tique nervoso (descreva):	0	1	2	80.	Comportamento estranho (descreva):
0	1	2	47.	É nervosa.	0	1	2	81.	Teimosa, emburrada ou irritável.
0	1	2	48.	Tem pesadelos.	0	1	2	82.	Mudanças repentinas no humor ou sentimentos.
0	1	2	49.	Come demais.	0	1	2	83.	Tem muito mau-humor.
0	1	2	50.	Cansa demais.	0	1	2	84.	Fala ou chora durante o sono.
0	1	2	51.	Mostra pânico (muito medo) sem motivo.	0	1	2	85.	Temperamento de birra ou forte.
0	1	2	52.	Quando faz cocô reclama que dói (sem causa médica).	0	1	2	86.	Muito preocupada com organização ou limpeza.
0	1	2	53.	Agride fisicamente as pessoas.	0	1	2	87.	Muito medrosa ou ansiosa.
0	1	2	54.	Machuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva):	0	1	2	88.	Não é cooperativa.
0	1	2	55.	Brinca bastante com seu órgão sexual (pipi/vagina).	0	1	2	89.	Não ativa, lenta ou sem energia.
0	1	2	56.	Coordenação motora pobre ou desajeitada.	0	1	2	90.	Infeliz, triste ou depressiva.
0	1	2	57.	Problemas com os olhos (sem causa médica) (descreva):	0	1	2	91.	Raramente grita.
0	1	2	58.	Seu comportamento não muda com punição.	0	1	2	92.	Fica nervosa com pessoas ou situações novas (descreva):
0	1	2	59.	Muda de uma atividade para outra rapidamente.	0	1	2	93.	Vomita (sem causa médica).
0	1	2	60.	Tem feridas na pele ou outros problemas de pele (sem causa médica).	0	1	2	94.	Acorda frequentemente à noite.
0	1	2	61.	Recusa comer.	0	1	2	95.	Foge.
0	1	2	62.	Recusa brincar com jogos movimentados.	0	1	2	96.	Quer muita atenção.
0	1	2	63.	Repetidamente balança a cabeça ou o corpo.	0	1	2	97.	Choraminga.
0	1	2	64.	Resiste ir para a cama à noite.	0	1	2	98.	Retraída, não se envolve com outros.
0	1	2	65.	Resiste ao treinamento para o uso do banheiro (descreva):	0	1	2	99.	Preocupada.
0	1	2	66.	Grita muito.	0	1	2	100.	Por favor, escreva outros problemas que a criança tem e que não foram listados acima
0	1	2	67.	Parece não responder a afeto (carinho).	0	1	2		
0	1	2	68.	Fica facilmente envergonhada.	0	1	2		
0	1	2	69.	Egoísta ou não divide.	0	1	2		
0	1	2	70.	Mostra pouco afeto (carinho) pelas pessoas.	0	1	2		

Por favor, confira se você respondeu todos os itens. Marque qualquer item que a preocupa.

A criança tem alguma doença ou dificuldade (física ou mental)? () Não () Sim – Por favor descreva:

O que mais preocupa você com relação à criança?

Por favor, descreva as melhores coisas sobre a criança:

ANEXO D

Child Behavior Checklist (CBCL) para 4 a 18 Anos

Idade da Criança _____	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	NOME DA CRIANÇA: _____
Ano de escolaridade: _____	<i>Data de hoje</i> Mês _____ Dia _____ Ano 199__ <i>Data de Nascimento da çç</i> Mês _____ Dia _____ Ano 19__	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (Especifique, por favor - por exemplo: mecânico de automóveis, professora de ensino secundário, doméstica, operário, torneiro, empregada de sapataria, sargento do exército) <i>Tipo de trabalho:</i> Do Pai _____ Da Mãe _____ <i>Formulário preenchido por:</i> <input type="checkbox"/> Mãe (nome) _____ <input type="checkbox"/> Pai (nome) _____ <input type="checkbox"/> Outro - nome e relação com a criança _____
<input type="checkbox"/> Não frequenta a escola	Por favor, responda a este formulário de acordo com o modo como você vê o comportamento da criança, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais por baixo de cada questão e no espaço livre da última página.	

I Por favor enumere os esportes que seu filho mais gosta de praticar. Por ex. natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc. <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?				Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?			
	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho que não sejam esportes. P.ex.: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (não inclua ouvir rádio, ou ver televisão) <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?				Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?			
	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Por favor enumere quaisquer organizações, clu-bes, equipes ou grupos a que seu filho(a) pertença: <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é ativo(a) em cada um?			
	Não sei	Menos ativo/a	Médio	Mais ativo/a
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas de seu filho(a). P.ex.: lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (inclui tanto trabalhos pagos como não pagos)	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-las bem?			
<input type="checkbox"/> nenhum	Não sei	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigo (as) íntimos(as)? (não inclua irmãos/ irmãs)

nenhum 01 02 ou 03 04 ou mais

2. O seu filho (a) tem atividade com os amigos (as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (não inclua irmãos e irmãs)

Menos que 01 01 ou 02 03 ou mais

VI Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto:	Pior	Próximo (a) da média	Melhor
a) Consegue relacionar-se adequadamente com os seus/suas irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Consegue se relacionar-se adequadamente com os outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σ Não tem irmãos nem irmãs

VII 1. Para crianças com 6 ou mais anos de idade - desempenho em disciplinas escolares: (se a criança não vai à escola, indique as razões, por favor)	Maus resultados	Abaixo do média	Médio	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras disciplinas escolares - por exemplo: Física, Química, Biologia, Geografia, Educação Visual. Não inclui disciplinas de formação específica, por exemplo: Relações Públicas, Eletromecânica, etc

2. O seu filho (a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não Sim Que tipo de estabelecimento ou classe?

3. O seu filho (a) repetiu algum ano?

Não Sim qual e porque?

4. O seu filho (a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

Não Sim Descreva-o por favor _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram?

Não Sim Quando? _____

O seu filho (a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental?

Não Sim Descreva-o por favor _____

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha? _____

Por favor descreva os aspectos mais positivos do seu filho/ filha. _____

I Nesta página encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva o(a) seu(sua) filho(a) **NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES**, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA** em relação ao seu filho (a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA** em relação ao seu filho. Se a afirmação **NÃO É VERDADEIRA** em relação ao seu filho (a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Age de maneira demasiado infantil para a sua idade	0 1 2 30. Tem medo de ir à escola
0 1 2	2. Tem alergia (s) (descreva-as)_____	0 1 2 31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	4. Tem asma	0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto	0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	6. Faz suas necessidades fora do banheiro	0 1 2 35. Sente-se pior que os outros
0 1 2	7. É vaidoso(a)	0 1 2 36. Tem tendência a cair muito
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) muito tempo	0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	9. Não consegue tirar certas idéias da cabeça; obsessões (descreva-as) _____	0 1 2 38. As pessoas riem dele(a)
0 1 2	10. Não consegue ficar sentado(a) sossegado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)	0 1 2 39. Anda com crianças que se metem em brigas
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é demasiado dependente	0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-os)_____
0 1 2	12. Reclama de estar muito sozinho(a)	0 1 2 41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou parece ficar sem saber onde está	0 1 2 42. Gosta de estar sozinho(a)
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2 43. Mentira
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2 44. Rói as unhas
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros	0 1 2 45. É nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0 1 2 46. Tem movimentos nervosos/ tiques (descreva-os)_____
0 1 2	18. Já tentou se suicidar	0 1 2 47. Tem pesadelos
0 1 2	19. Exige muita atenção	0 1 2 48. As outras crianças não gostam dele(a)
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2 49. Tem prisão de ventre
0 1 2	21. Destroí objetos da sua família ou de outras crianças	0 1 2 50. Tem medo de tudo
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2 51. Sente tonturas
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2 52. Sente-se muito culpado(a)
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2 53. Come demais
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças	0 1 2 54. Cansa-se demasiado
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal	0 1 2 55. Tem peso excessivo
0 1 2	27. Fica ciumento(a) com facilidade	0 1 2 56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	28. Come ou bebe coisas que não são próprias para _____ comer (descreva-as)_____	0 1 2 a) Sofrimentos ou dores
0 1 2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os)_____	0 1 2 b) Dores de cabeça
		0 1 2 c) Enjôo
		0 1 2 d) Problemas com os olhos (descreva-os)
		0 1 2 e) Problemas de pele
		0 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
		0 1 2 g) Vômitos
		0 1 2 h) Outros (descreva-os)_____
0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2 86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou irritável
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-as)_____	0 1 2 87. Muda rapidamente alegre/triste
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2 88. Se aborrece com facilidade

0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	89. É desconfiado (a)
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	90. Fala palavrões
0 1 2	62. É desastrado(a) ou tem falta de coordenação	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)_____
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	93. Fala demais
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	94. É bagunceiro
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	0 1 2	95. Tem crises de raiva/ temperamento exaltado
0 1 2	67. Já fugiu de casa	0 1 2	96. Pensa demais em sexo
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	69. É reservado(a) e guarda as coisas para si mesmo(a)	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as)_____	0 1 2	99. Preocupa-se demais com a limpeza ou a elegância
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado(a)	0 1 2	100. Tem problemas para dormir (descreva-os)_____
0 1 2	72. Provoca incêndios	0 1 2	101. Falta à escola ou anda na vagabundagem
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva-os)	0 1 2	102. É pouco ativo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia
0 1 2	74. Gosta de aparecer	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
0 1 2	75. É tímido(a), ou acanhado(a)	0 1 2	104. Fala alto demais
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2	105. Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva)_____	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	78. Faz porcarias ou brinca com as fezes	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os)	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	80. Fica de olhar parado	0 1 2	109. Anda sempre a choramingar
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	110. Deseja ser do sexo oposto
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	111. É introvertido (a), não cria relações afetivas com os outros
0 1 2	83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as)_____	0 1 2	112. Atormenta ou causa incômodos freqüentes aos outros
0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os)_____	0 1 2	113. Por favor enumere quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na listagem anterior:
0 1 2	85. Tem idéias estranhas (descreva-as)		_____

Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as questões

ANEXO E

Questionário de Situações-Domésticas - QSD

Nome da criança: _____ Data: _____
 Nome da pessoa que está preenchendo o formulário _____

Instruções: O seu filho apresenta algum problema em obedecer suas instruções, ordens ou regras em alguma dessas situações? Se afirmativo, por favor circule a palavra *sim* e depois circule o número ao lado da situação que descreve quão severo esse problema é para você. Se o seu filho não apresenta problema na situação, circule *Não* e vá para a próxima situação do formulário.

Situações	Sim/ Não		Se sim, quão severo?								
	(Circule um)		Leve			(Circule um)			Severo		
Brincando sozinho	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Brincando com outra criança	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante as refeições	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Para vestir-se/ despir-se	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Escovar dentes/ lavar as mãos	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tomando banho	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando você está ao telefone	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quanto você tem visitas em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando você está fazendo uma visita	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Em lugares públicos (restaurantes, lojas, igreja, etc.)	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando o pai está em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando é pedido para que realize pequenas tarefas em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando é pedido para que faça a lição de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Na hora de dormir	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
No carro	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está com outros cuidadores que não os pais	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

.....Apenas para uso do apurador.....

Número total de situações problema _____ Grau de severidade _____

Fonte: BARKLEY, R.A. (1987). **Defiant Children: Parent-Teacher Assignments**, New York: Guilford Press.

ANEXO F

Instruções das Habilidades-Alvo para as Mães

O QUE FAZER?	POR QUÊ FAZER?	EXEMPLOS
ELOGIE o comportamento apropriado da criança	<ul style="list-style-type: none"> Faz com que o comportamento desejado ocorra com mais frequência; Leva seu filho a saber do que você gosta; Aumenta a auto-estima da criança; Faz com que você e seu filho sintam-se bem. 	<ul style="list-style-type: none"> Estou gostando muito de brincar com você disso! Muito bom! Você é muito bom nisso! Essa sua tática foi ótima! Obrigado por esperar minha vez. Obrigado por torcer por mim! Boa idéia separar as notas de mesmo valor antes de contar. Você está me dando tantas dicas legais que estou aprendendo rápido;
Não faça CRÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta o comportamento crítico da criança; Pode diminuir a auto-estima e auto-confiança de seu filho; Torna a interação desagradável. Diminuir a motivação para permanecer na atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> Essa cor de batom não combina. É menina chata, nem sabe brincar! Não mude as regras. Não é desse jeito. Será que você sabe mesmo? Não parece. Não seja estabonado menino! É lerdeza... não tem jeito mesmo né?
<p>IGNORE o comportamento inadequado:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evite olhar para a criança, sorrir, franzir a testa; Não fale nada; Ignore todas as vezes; Espera que o comportamento ignorado aumente no início; Continue ignorando até que a criança faça algo apropriado; Quanto ela se comportar apropriadamente elogie a criança de imediato. 	<ul style="list-style-type: none"> Ajuda a criança a notar diferença entre suas respostas ao bom e ao mau comportamento; Embora o comportamento ignorado possa aumentar no começo, o ignorar de forma consistente diminui muitos comportamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Cça: "Merda! Esse troço é uma merda mesmo!" (recomeça o jogo). Mãe: "Legal você fazer uma nova tentativa!" Cça: (deita no chão e reclama) "Eu só estou perdendo, não vou mais jogar". Pai não fala nada. Cça: (Levanta e olha o jogo). Pai: "Que bom que você voltou. Tenho certeza que agora você vai ganhar!"

Adaptado de Brinkmeyer, M.Y. & Eyberg, S.M. (2003). Parent-Child Interaction Therapy for Oppositional Children. In A. E. Kazdin, & J. R. Weisz, (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.

ANEXO G

Folha para Registro da Tarefa de Casa

Tarefa: 10 minutos diários de brincadeira liderada pela criança
Nome da dupla: _____
Semana: de ____/____ a ____/____/____.



SUAS METAS:

1	
2	
3	
4	

Dia da semana	Fez a tarefa?		Anotar aqui observações ou quaisquer problemas que tenham ocorrido
	Sim	Não	

Qualquer dúvida ou problema entre as sessões ligue para: _____

Favor trazer esse registro na próxima sessão

ANEXO H

Lista de Elogios

Elogie! Elogie! Quando você elogia, você valoriza e fortalece o comportamento adequado de seu filho, ele se sente mais querido e competente e gradualmente deixará de comportar-se de forma opositora e agressiva, pois agora você dá mais atenção para seu bom comportamento!!

GENÉRICOS

1. Muito bem!
2. Legal!
3. Parabéns!
4. Que jóia!
5. Puxa! Você conseguiu!
6. Ê garoto esperto!
7. Como você é bom nisso!
8. Que bacana que você fez!
9. Que bom!
10. Nossa! Que lindo!
11. Como você é forte!
12. Boa Idéia!

DESCRITIVOS

1. Ficou certinho!
2. Que grande que ficou!
3. Puxa! Eu não sabia que você sabia brincar desse jeito tão legal!
4. Pai vem ver o desenho que o ___ fez, ele fez sozinho!
5. Você lava essa barriga melhor do que a vovó!
6. Nossa! Essa figura era muito difícil! Como você sabia o nome dela?!
7. Ê garoto esperto! Você ta ficando muito bom nesse jogo!
8. Ainda bem que eu tenho você pra me ajudar, né?
9. Eu achei isso muito legal! Ensina pra mim como é que faz?
10. Obrigada por me ajudar guardar os brinquedos!
11. Mamãe achou legal que você obedeceu!
12. Você escova esses dentes muito bem! Ficaram bem limpinhos!
13. Você já se vestiu sozinho? Parabéns! Até o sapato está no pé!
14. Essa música é muito bacana e você aprendeu até o fim!

ANEXO I

Inventário Beck de Depressão - BDI

Nome: _____ Data: ____/____/____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1.	0 1 2 3	Não me sinto triste. Sinto-me triste. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso. Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar!
2.	0 1 2 3	Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro. Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro. Sinto que não tenho nada por que esperar. Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3.	0 1 2 3	Não me sinto fracassado(a). Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio. Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos. Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4.	0 1 2 3	Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava obter. Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar. Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma. Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5.	0 1 2 3	Não me sinto particularmente culpado(a). Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo. Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo. Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6.	0 1 2 3	Não sinto que esteja sendo punido(a). Sinto que posso ser punido(a). Espero ser punido(a). Sinto que estou sendo punido(a).
7.	0 1 2 3	Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a). Eu me odeio.
8.	0 1 2 3	Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. Critico-me por minhas fraquezas ou erros. Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas. Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9.	0 1 2 3	Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar. Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante. Gostaria de me matar. Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10.	0 1 2 3	Não costumo chorar mais que o habitual. Choro mais agora do que costumava fazer. Atualmente, choro o tempo todo. Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

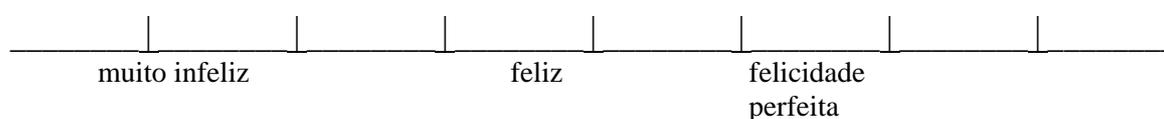
11.	0 1 2 3	Não me irrita mais agora que em qualquer outra época. Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava. Atualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12.	0 1 2 3	Não perdi o interesse nas outras pessoas. Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas. Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas. Perdi todo meu interesse nas outras pessoas.
13.	0 1 2 3	Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer outra época. Adio minhas decisões mais do que costumava. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. Não consigo mais tomar decisão alguma.
14.	0 1 2 3	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. Considero-me feio(a).
15.	0 1 2 3	Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa. Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.	0 1 2 3	Durmo tão bem quanto de hábito. Não durmo tão bem quanto costumava. Acordo 1 a 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.	0 1 2 3	Não fico mais cansado(a) que de hábito. Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava. Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa. Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18.	0 1 2 3	Meu apetite não está pior que de hábito. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. Meu apetite está muito pior agora. Não tenho mais nenhum apetite.
19.	0 1 2 3	Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. Perdi mais de 2,5 Kg. Estou deliberadamente tentando Perdi mais de 5 Kg. perder peso, comendo menos. Perdi mais de 7,5 Kg. Sim _____ Não _____
20.	0 1 2 3	Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde. Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre. Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso. Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.	0 1 2 3	Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava. Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente. Perdi completamente o interesse no sexo.

ANEXO J

Escala de Ajustamento Conjugal – MAT
(Locke-Wallace Marital Adjustment Test)

Instruções: Todas as questões podem ser respondidas colocando um “X” na resposta apropriada. Por favor, responda a todos os itens. Se não puder dar a resposta exata a uma questão, procure a resposta mais aproximada a situação descrita. Dê as respostas que melhor representem o seu casamento neste momento. Muito obrigado.

1. Na linha da escala abaixo, assinale o ponto que melhor descreve o grau de felicidade de seu casamento, considerando-o de uma forma global.



Especifique a extensão aproximada de concordância ou discordância entre marido e esposa nos seguintes itens:

Assinale uma coluna para cada item abaixo	Sempre concordam	Quase sempre concordam	Ocasionalmente discordam	Freqüentemente discordam	Quase sempre discordam	Sempre discordam
2. Manejo das finanças da família						
3. Assuntos de lazer (ex. ir dançar)						
4. Demonstração de afeto						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Convencionalidade (comportamento correto, bom ou apropriado)						
8. Filosofia de vida (Ideais e objetivos que acreditam serem importantes)						
9. Modo de lidar com os parentes						

10. Quando as discordâncias surgem, elas geralmente resultam em:

- a. O marido cede ()
- b. A esposa cede ()
- c. Nenhum dos dois cede ()
- d. Ora a, ora b ()

11. Marido e mulher estão engajados juntos nas atividades fora de casa?

- a. Em todas elas ()
- b. Em algumas delas ()
- c. Em poucas delas ()
- d. Em nenhuma delas..... ()

12. Nas horas de lazer, você prefere:

- Sair ()
- b. Ficar em casa ()

Seu parceiro geralmente prefere:

- a. Sair ()
- b. Ficar em casa ()

13. Você já desejou não ter se casado?

- a. Frequentemente ()
- b. Ocasionalmente ()
- c. Raramente ()
- d. Nunca ()

14. Se você pudesse viver sua vida novamente, você pensa que você:

- a. Se casaria com a mesma pessoa..... ()
- b. Casaria com uma pessoa diferente..... ()
- c. Não casaria de modo algum..... ()

15. Você confia em seu parceiro(a)?

- a. Nunca ()
- b. Raramente ()
- c. Quase sempre ()
- d. Sempre ()

ANEXO K

Categorias para Análise das Interações Mãe-Criança

Comportamento Parental – Definições

Elogios descritivos: verbalizações parentais dirigidas a criança que expressam apreciação/aprovação e descrevem especificamente a resposta que a criança emitiu, por exemplo: “gostei que você fez bolinhas bem redondinhas”; “estou achando legal que você está brincando junto comigo”. Elogios direcionados à criança ou agradecimentos são considerados descritivos quando especificam o comportamento a que se referem, por exemplo, “obrigada por esperar a minha vez!”; “Como você é esperto! Separou todas as peças azuis”.

Elogios genéricos: verbalizações parentais dirigidas a criança que expressam apreciação/aprovação, mas são inespecíficos quanto a resposta a que se referem, por exemplo: “Muito bem!”, “Parabéns!”, “Legal!”, “Isso”, “Aí!”. Elogios direcionados à criança ou agradecimentos que não descrevem o comportamento também são considerados genéricos, por exemplo, “Bom menino!”, “Como você é esperto!”, “Ah! Obrigado!”.

Descrição: verbalizações parentais que descrevem o que a criança está fazendo ou o que está acontecendo no momento (“Você organizou todas as espadas por cores”; “Ainda falta colocar estas espadinhas”); os comportamentos encobertos - o que está pensando ou sentindo – (“Estou com medo deste pirata pular em mim”; “Acho que ele vai pular bem alto”); ou dá modelo de verbalizações apropriadas à atividade ou brincadeira (“Pula pirata! Pula agora!”, “Ah! Não foi dessa vez!”, “Que macaco danado! Acho que ele quer uma banana!”).

Concordância/Imitação: verbalização parental que repete a verbalização da criança. Pode ser exatamente as mesmas palavras que a criança disse, pode conter palavras sinônimas, ou pode conter alguma elaboração sobre a frase da criança, mas o conteúdo básico deve ser o mesmo da mensagem da criança. Por exemplo, a criança diz “Mãe, se você colocar a espada aí o pirata vai pular” e a mãe diz “é verdade o pirata vai pular” ou “é verdade, isso vai acontecer se eu colocar a espada aí”.

Ordens/Direcionamento: ordem, pedido ou sugestão, que indica qual comportamento é esperado da criança direta ou indiretamente (pais mandam a criança a fazer aquilo que eles querem que seja feito, direcionam a brincadeira ou dão ordens sobre o quê e como fazer). Por exemplo, quando os pais dizem “Coloque todas as peças aqui neste canto!”, “Vamos brincar com as espadas vermelhas que é melhor”. “Pegue esse primeiro”.

Críticas/restrrição: verbalização que salienta erro numa atividade ou característica criança, por exemplo: “Você não sabe brincar!”, “você está sendo mal-educado”; “esse desenho ficou mal feito”; “Ê lerdexa!”. Quando os pais limitam de alguma forma o comportamento da criança, apontando algo que foi feito não deve ser feito novamente, por exemplo: “tire o pé daí que vai estragar o tapete”; “não segure a cabeça do boneco”.

Perguntas: um comentário descritivo ou reflexivo expresso em forma de pergunta e que não direciona ou critica o comportamento da criança. Por exemplo, “você já viu esse brinquedo?”, “Você sabe brincar com esse jogo?”. Algumas perguntas são diferenciadas de frases comuns pela inflexão de voz (ex: “esse é o bebê?; esse é o chefe?”)

Categorias de Comportamento Infantil – Definições

Obediência: Quando a criança responde ao direcionamento parental cumprindo a ação requerida. Qualquer grau de obediência, desde a aproximação à ação até a consecução completa do ato requerido é considerado. Também considera-se obediência: a) o seguimento da instrução, ordem ou pedido após o pai repeti-la uma única vez; b) respostas imediatas a perguntas dos pais, ou também após uma única repetição.

Aprovação: Qualquer verbalização ou ação da criança que indique aceitação, aprovação, encorajamento do comportamento parental ou do envolvimento deste com a atividade. Ex: criança faz perguntas, dá uma instrução, elogia o pai/ mãe, bate palmas, faz carinho ou ri (sorriso não é considerado). Não se considera auto-verbalizações da criança, ou descrições da atividade.

Não obediência: Quando a criança não responde ao direcionamento parental, ignorando-o. Inclui-se nessa categoria apenas comportamentos não-verbais. Ex: pai pede que a criança coloque a peça e criança continua fazendo sua atividade isoladamente, mesmo após o pai repetir o pedido ou instrução. Pai faz algum questionamento e a criança não responde, mesmo após repetição da pergunta.

Negativa: Comportamento verbal ou não verbal que indique recusa, raiva, agressividade ou hostilidade em relação aos pais ou ao ambiente ou negativa em interagir com os mesmos. Ex: bater, chutar, gritar, quebrar ou atirar brinquedos ou objetos, sair de perto, agredir verbal ou fisicamente, recusa em participar da atividade: “Não quero!”, “Pára!”, “Não enche!”, “Isso é uma droga!”.

ANEXO L

Folha para Registro dos Comportamentais Parentais e Infantis

Dupla: _____ Interação 1^a. () 2^a. () 3^a. ()

Avaliador: _____ Data: ___/___/___

Categoria Parental	Frequência				Total
	5 min	5 min	5 min	5 min	
Elogio Descritivo					
Elogio Genérico					
Descrição do Comportamento					
Imitação / Concordância					
Críticas / Restrição					
Perguntas					
Direcionamento / Ordem					

Categoria Infantil	Frequência				Total
	5 min	5 min	5 min	5 min	
Obediência					
Aprovação					
Não obediência					
Negativa					

ANEXO M

**Inventário de Satisfação do Consumidor
(Therapy Attitude Inventory - TAI)**

Nome: _____ GV () GVF ()
(Por favor, para cada questão, circule a resposta que melhor expresse como você realmente se sente.)

I. Com respeito a técnicas para lidar com o comportamento inadequado do meu filho/minha filha, eu penso que eu aprendi

1. nada 2. muito pouco 3. poucas técnicas novas 4. várias técnicas úteis 5. muitas técnicas úteis

II. Com respeito a formas de ensinar novos comportamentos a meu filho/minha filha, eu sinto que eu aprendi

1. nada 2. muito pouco 3. poucas formas novas 4. algumas formas úteis 5. muitas formas úteis

III. Com respeito ao relacionamento entre eu e meu filho/minha filha, eu sinto que nós nos entendemos

1. muito pior que antes 2. um pouco pior que antes 3. o mesmo que antes 4. um pouco melhor que antes 5. muito melhor que antes

IV. Com respeito à minha confiança na minha habilidade para educar minha criança, eu me sinto

1. muito menos confiante 2. um pouco menos confiante 3. o mesmo 4. um pouco mais confiante 5. muito mais confiante

V. O maior problema comportamental que meu filho/minha filha apresentava em casa antes do início do programa está

1. muito pior 2. um pouco pior 3. o mesmo 4. um pouco melhor 5. muito melhor

VI. Com respeito ao progresso que meu filho/minha filha tem feito em seu comportamento geral, eu estou

1. muito insatisfeito(a) 2. um pouco insatisfeito(a) 3. neutro(a) 4. um pouco satisfeito(a) 5. muito satisfeito(a)

VII. Em que grau a orientação tem ajudado com outros problemas gerais, pessoais ou familiares não diretamente relacionados à criança motivo de sua participação neste grupo?

1. atrapalhou mais que ajudou 2. atrapalhou pouco 3. nem ajudou nem atrapalhou 4. ajudou um pouco 5. ajudou muito

VIII. Eu sinto que o tipo de atendimento que foi usado para me ajudar a melhorar os comportamentos de minha criança foi

1. muito fraco 2. fraco 3. adequado 4. bom 5. muito bom

IX. Meu sentimento geral sobre o programa que eu participei é

1. detestei muito 2. detestei um pouco 3. sinto-me neutro(a) 4. gostei um pouco 5. gostei muito

ANEXO N

Porcentagens de mães que melhoram, não mudam ou pioram em cada grupo de acordo com o cálculo do IMC.

<i>Variável estatística</i>	<i>Índice de Mudança Confiável (I)</i>						
	<i>GV</i>			<i>GVF</i>			
<i>Elogio Descritivo</i>		<i>melhora *</i>	<i>não altera</i>	<i>piora</i>	<i>melhora *</i>	<i>não altera</i>	<i>piora</i>
<i>pré x pós</i> % (n)		90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)	100,0% (10)	0,0% (0)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		80,0% (8)	20,0% (2)	0,0% (0)	60,0% (6)	40,0% (4)	0,0% (0)
<i>Elogio Genérico</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)	50,0% (5)	40,0% (4)	10,0% (1)
<i>pré x seg1</i> % (n)		70,0% (7)	30,0% (3)	0,0% (0)	40,0% (4)	50,0% (5)	10,0% (1)
<i>Crítica/ Restrição</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		40,0% (4)	50,0% (5)	10,0% (1)	20,0% (2)	80,0% (8)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		70,0% (7)	30,0% (3)	0,0% (0)	20,0% (2)	80,0% (8)	0,0% (0)
<i>QSD - situação</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		20,0% (2)	80,0% (8)	0,0% (0)	22,2% (2)	77,8% (7)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		20,0% (2)	80,0% (8)	0,0% (0)	10,0% (1)	90,0% (9)	0,0% (0)
<i>pré x seg2</i> % (n)		11,1% (1)	88,9% (8)	0,0% (0)	33,3% (3)	66,7% (6)	0,0% (0)
<i>QSD - intensidade</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		40,0% (4)	60,0% (6)	0,0% (0)	77,8% (7)	22,2% (2)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		30,0% (3)	70,0% (7)	0,0% (0)	20,0% (2)	80,0% (8)	0,0% (0)
<i>pré x seg2</i> % (n)		33,3% (3)	66,7% (6)	0,0% (0)	22,2% (2)	77,8% (7)	0,0% (0)
<i>CBCL - escore total</i>							
<i>pré x seg1</i> % (n)		30,0% (3)	70,0% (7)	0,0% (0)	70,0% (7)	30,0% (3)	0,0% (0)
<i>pré x seg2</i> % (n)		33,3% (3)	66,7% (6)	0,0% (0)	77,8% (7)	22,2% (2)	0,0% (0)
<i>CBCL - escore externalizante</i>							
<i>pré x seg1</i> % (n)		30,0% (3)	70,0% (7)	0,0% (0)	90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)
<i>pré x seg2</i> % (n)		55,6% (5)	44,4% (4)	0,0% (0)	77,8% (7)	22,2% (2)	0,0% (0)
<i>CBCL - escore comportamento agressivo</i>							
<i>pré x seg1</i> % (n)		30,0% (3)	70,0% (7)	0,0% (0)	90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)
<i>pré x seg2</i> % (n)		44,4% (4)	55,6% (5)	0,0% (0)	88,9% (8)	11,1% (1)	0,0% (0)
<i>Responsividade materna</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)	80,0% (8)	20,0% (2)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		80,0% (8)	20,0% (2)	0,0% (0)	60,0% (6)	40,0% (4)	0,0% (0)
<i>Responsividade da criança</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		0,0% (0)	100,0% (10)	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (10)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		0,0% (0)	100,0% (10)	0,0% (0)	30,0% (3)	60,0% (6)	10,0% (1)
<i>Proporção elogios por críticas</i>							
<i>pré x pós</i> % (n)		100,0% (10)	0,0% (0)	0,0% (0)	100,0% (10)	0,0% (0)	0,0% (0)
<i>pré x seg1</i> % (n)		90,0% (9)	10,0% (1)	0,0% (0)	80,0% (8)	20,0% (2)	0,0% (0)

* definida como o numero de pacientes que obtiveram alteração significante pelo metodo do indice de mudanca confiavel ou alcançam o valor maximo da escala considerada

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)