UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LUAN FLÁVIA BARUFI FERNANDES

**Programa de prevenção seletiva de orientação a pais de crianças
com crises de sibilância**

São Paulo
2015

LUAN FLÁVIA BARUFI FERNANDES

**Programa de prevenção seletiva de orientação a pais de crianças
com crises de sibilância
(Versão corrigida)**

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

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo
Bertolla

São Paulo

2015

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
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Luan Flávia Barufi.

Programa de prevenção seletiva de orientação a pais de crianças com crises de sibilância / Márcia Helena da Silva Melo Bertolla; orientadora Márcia Helena da Silva Melo Bertolla. -- São Paulo, 2015. 157 f.

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

1. Relações pais-criança 2. Psicologia preventiva 3. Asma I. Título.

BF723.P25

Nome: Fernandes, Luan Flávia Barufi

Título: Programa de prevenção seletiva de orientação a pais de crianças com crises de sibilância

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Maria Rita Zoéga Soares

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Caroline Guisantes de Salvo Toni

Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às mães e pais que participaram deste estudo e deram sentido a sua realização, compartilhando experiências e dificuldades de modo autêntico e único.

À minha família: meus pais, Néia e Januário; minhas irmãs, Larissa e Letícia; e meu marido, Marcelo, por acreditarem incondicionalmente em minhas potencialidades e investirem nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Ao **Divino Pai Eterno** e **Nossa Senhora** por terem me dado sabedoria, dedicação e persistência na concretização deste trabalho, permitindo que eu superasse as “pedras do caminho”.

À minha orientadora, **Márcia Helena da Silva Melo Bertolla**, pela oportunidade, apoio, disponibilidade, dedicação, flexibilidade, otimismo e conhecimentos compartilhados durante a realização deste trabalho. Obrigada por me animar nos momentos difíceis e de me estimular a estudar e trabalhar com prevenção. Muito obrigada!

À minha **família**! Aos meus pais, **Néia** e **Januário**, meus maiores incentivadores e os responsáveis por eu gostar de estudar e pesquisar. Às minhas adoráveis irmãs, **Larissa** e **Letícia**, pelo companheirismo, incentivo, empatia, calma e apoio. Aos meus **cunhados** pelo apoio, pela escuta das minhas queixas e pela troca de ideias. Ao meu sobrinho, **Bernardo**, que nasceu durante o percurso deste trabalho e passou a alegrar meus dias com seu sorriso e suas solicitações para brincar. Às minhas avós: Vó **Olga** pelas orações e pelos pães e café quentinhos e a Vó **Olímpia** pela torcida. Às minhas **Tias** e **Tios** que sempre se interessaram pelo meu trabalho e demonstraram empatia pelas minhas dificuldades e conquistas. Às minhas Primas, especialmente, à **Miriana** e **Talissa**, pelas longas e divertidas conversas e pelo incentivo.

Às minhas grandes amigas, **Daniele**, **Danila** e **Glaura**, que desde a minha infância me incentivam, ajudam e me divertem, dando suporte emocional na concretização de meus objetivos de vida, incluindo a realização deste trabalho.

Aos meus **amigos de Macaubal/SP**, minha cidade natal, que nos encontros em São Paulo/SP e lá na terrinha sempre me alegraram e propiciaram momentos divertidos e relaxantes tornado esta etapa da minha formação acadêmica mais leve e possível.

Aos **amigos** e **colegas do grupo de pesquisa** e do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pela amizade, apoio e partilha das dificuldades e alegrias deste período de tempo em que convivemos juntos (especialmente para Felipe e Renata).

Aos **amigos** e **colegas** que tive a oportunidade de conhecer devido à realização deste trabalho e que foram muito importantes em vários momentos: nas trocas de ideias, nas discussões teóricas, fofocas, desabaços, experiências compartilhadas e conquistas. Foram pessoas significativas, que de passagem ou não pela minha história, a marcaram de modo único.

Aos **profissionais das equipes de saúde** dos locais em que os dados desta pesquisa foram coletados: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, secretárias e demais funcionários, muito obrigada pela oportunidade e viabilidade da concretização desta pesquisa, através de muita dedicação, disponibilidade e cuidado. Além do carinho, atenção e gentileza com que sempre me trataram.

Aos queridos **funcionários do Instituto de Psicologia** da Universidade de São Paulo: às secretárias do departamento de Psicologia Clínica, Cláudia, Cícera e Sueli, pela competência, gentileza, paciência e disponibilidade; aos vigias da clínica de psicologia por sempre serem atenciosos, gentis e empenhados em abrir o prédio para eu atender os pais aos sábados.

À **Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras** por ter sido minha orientadora em parte do percurso da realização deste trabalho. Obrigada pela atenção e disponibilidade!

Ao **Vinícius David** pelo esmero e competência na análise estatística dos dados. Obrigada pelas dicas e sugestões!

À **Verônica** pela valiosa ajuda! Obrigada pela disponibilidade e doçura!

Eu agradeço especialmente às **mães e pais** que tornaram possível a realização deste estudo e que acreditaram no meu trabalho. Obrigada pelo empenho, participação, dedicação e disponibilidade. Eu aprendi muito com vocês!

Ao meu marido, **Marcelo**, por tudo: pelo carinho, pela escuta, pelos conselhos, pelo companheirismo, pelas broncas, pelos consolos e abraços apertados nos momentos difíceis, por ficar feliz junto comigo durante as conquistas, pelo incentivo, apoio e paciência.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo financiamento parcial desta pesquisa.

*Nenhum modo de vida é inevitável.
Examine o seu de perto... Não aceite
nenhuma prática como imutável. Mude e
esteja pronto a mudar novamente. Não
aceite verdade eterna. Experimente.*

Burrhus Frederic Skinner

RESUMO

Fernandes, L. F. B. (2015). *Programa de prevenção seletiva de orientação a pais de criança com crises de sibilância*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

A asma é a doença respiratória crônica de maior ocorrência na infância. Em crianças menores de cinco anos ainda não é possível diagnosticá-la, mas alguns sintomas, tais como crises de sibilância, são indicativos de que estas crianças podem desenvolver asma no futuro. A presença de problemas crônicos de saúde na infância pode representar um importante fator de mediação da qualidade da interação cuidador-criança, pois a rotina da família é marcada por permanentes cuidados. A Psicologia, neste contexto, pode contribuir por meio do desenvolvimento e implementação de intervenções preventivas que ajudem estas famílias a enfrentar os eventos estressores influenciados por essa condição. O objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos de um programa de orientação parental, com enfoque preventivo para problemas de comportamento infantil, sobre as práticas educativas empregadas por cuidadores cujas crianças apresentavam crises de sibilância. Foram participantes 19 pais, divididos em dois grupos: Grupo Tratamento (GT), composto de oito pais, e Grupo Comparação (GC), constituído de onze pais. Os participantes foram recrutados em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo/SP e foram abordados para participar da pesquisa pessoalmente, por contato telefônico ou por cartas enviadas pelo correio. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: *Adult Self-Report* (ASR); Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ a 5 anos (CBCL/1½-5) e Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). O GT participou do Programa de Orientação Parental (POP); ambos os grupos foram avaliados em dois momentos: pré e pós-intervenção; os participantes do GC receberam orientações pontuais após o término da intervenção com o GT. O POP foi estruturado em 10 sessões, semanais, de 90 minutos cada. Os resultados indicaram que os participantes apresentaram escores elevados de problemas de comportamento, especificamente do tipo internalizante; os pais de ambos os grupos reportaram escores médios elevados de problemas de comportamento em seus filhos, principalmente do tipo internalizante, no momento de avaliação pré-intervenção e observou-se uma redução estatisticamente significativa destes escores médios na avaliação pós-intervenção quando foram comparados consigo mesmos e não na comparação entre os grupos, sendo que os pais do GT continuaram detectando menos problemas de comportamento na avaliação de seguimento; os cuidadores participantes do POP apresentaram aumentos dos escores médios nos aspectos positivos da relação sugerindo uma melhora das habilidades educativas parentais, condição que não foi notada no GC. Nos aspectos negativos da interação, o GT apresentou diminuição do uso de práticas negativas e tais reduções dos escores médios foram estatisticamente significativas quando comparadas com os escores médios do GC. Deste modo, considera-se que para os participantes do GT, o POP pode ter colaborado para o aumento das habilidades sociais educativas parentais e para a redução das práticas educativas negativas. E na avaliação de seguimento efetuada seis meses após o término da intervenção, os pais do GT mantiveram, em média, os resultados obtidos na avaliação pós-intervenção. Os resultados do estudo indicam que o POP é uma intervenção que pode auxiliar as famílias, cujos filhos apresentem problemas crônicos de saúde na infância, no manejo das dificuldades decorrentes desta condição adversa.

Palavras-chave: Relações pais-criança. Psicologia preventiva. Asma.

ABSTRACT

Fernandes, L. F. B. (2015). Selective prevention program of guidance to parents of children with wheezing attacks. Doctoral thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Asthma is the most frequent chronic respiratory disease in Brazil. In children under five years of age, it cannot be diagnosed, but some symptoms, such as wheezing attacks, are indications that these children may develop asthma. The presence of chronic health problems during childhood may be an important mediating factor of the caregiver-child interaction quality, because it marks the family routine with permanent care. Psychology, in this context, can contribute by developing and implementing preventive interventions to help these families facing the stressful events influenced by this condition. The aim of this study was to evaluate the effects of a parental guidance program, using a preventive approach to child behavior problems, on educational practices employed by caregivers of children that presented wheezing attacks. The sample was composed by 19 parents, divided into two groups: Treatment Group (GT), with eight parents, and Comparison Group (CG), with eleven parents. Participants were recruited by telephone or mail in four children's health care facilities located in São Paulo/SP. Assessment tools used were: Adult Self-Report (ASR); Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 (CBCL/1½-5) and Parental Educative Social Skills Interview Script (RE-HSE-P). GT participated of the Parental Guidance Programme (POP); both groups were assessed pre and post-intervention; CG received specific orientations after the post-intervention assessment. The POP had 10 weekly sessions, lasting 90 minutes each. Results indicated that participants had high scores behavior problems, specifically to internalizing type; the parents of both groups reported mean scores behavior problems high in his children, mainly do internalizing type, no time evaluation pre-intervention and revealed a statistically significant reduction of these mean scores in the post-intervention appraisal when were compared with no same and comparison between groups, being parents of GT continued detecting fewer behavior problems at follow-up assessment ; POP participants caregivers showed increases in mean scores on the positive aspects of the relationship suggesting an improvement of parenting skills , a condition that was not noted in the GC. The negative aspects of the interaction, the GT showed a decrease of negative practices of use and such reductions statistically significant were mean scores compared when mean scores do CG. Thus, it is considered that for the participants of the GT, the POP may have contributed to the increase in parenting and social skills to reduce the negative educational practices. And in evaluating follow-up performed six months after the end of the intervention, the parents of GT remained on average the results obtained in the post-intervention assessment. The study results indicate that POP is an intervention that can help families whose children present chronic health problems in childhood, in handling difficulties arising from these adverse conditions.

Keywords: Parent child relations. Preventive psychology. Asthma.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ilustração das estruturas que compõem o sistema respiratório humano (vias superiores e inferiores).....	29
Figura 2. Descrição resumida dos objetivos, das atividades e das tarefas para casa que compõem a estrutura do Programa de Orientação parental.....	58
Figura 3. Esquema representativo das fases do procedimento de coleta dos dados da pesquisa.....	62
Figura 4. Esquema representativo do levantamento de crianças e cuidadores realizado no presente estudo para compor a amostra.....	66
Figura 5. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC nas duas escalas de problemas do ASR – internalizantes e externalizantes – nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.....	86
Figura 6. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores das crianças cujos pais foram membros dos GT e GC, nas duas escalas de problemas do CBCL 1 ½ a 5 – problemas internalizantes e externalizantes – nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.....	92
Figura 7. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção....	101
Figura 8. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.	102
Figura 9. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis de interesse, instrumentos utilizados para avaliá-las, do informante requerido e do tempo de aplicação para cada instrumento da presente pesquisa.	53
Tabela 2 - Sexo e idade das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham atendimento agendado com a equipe de saúde em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.	67
Tabela 3 - Hipóteses diagnósticas da equipe médica acerca do status da saúde das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham atendimento agendado com a equipe de saúde em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.	68
Tabela 4 - Sexo e idade das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham como problema de saúde crises de sibilância ou asma e cujos cuidadores atenderam aos critérios de seleção da amostra para o estudo em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.	71
Tabela 5- Resultados dos contatos feitos pessoalmente, por telefone ou por carta, com os 185 cuidadores que atenderam aos critérios de seleção da amostra.	73
Tabela 6 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo final (alocados em GT e GC).	76
Tabela 7 - Dados acerca da idade da primeira hospitalização, de idas ao médico por ano e da frequência das crises de sibilância das crianças cujos pais foram participantes do estudo.	81
Tabela 8 - Valores dos resultados dos escores (escore T) em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do Grupo Tratamento e do Grupo Comparação referentes às escalas do ASR de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.	84
Tabela 9 - Classificação dos escores dos participantes dos grupos GT e GC nas escalas de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes do ASR.	85
Tabela 10 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do ASR: problemas internalizantes e externalizantes, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.	85

Tabela 11 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do ASR: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.87

Tabela 12 - Valores dos resultados dos escores (escore T) em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda das crianças cujos pais foram participantes do Grupo Tratamento e do Grupo Comparação referentes às escalas do CBCL (1½ a 5) de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.89

Tabela 13 - Classificação dos escores das crianças cujos pais foram participantes dos grupos GT e GC nas escalas de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes do CBCL (1½ a 5) nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.90

Tabela 14 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do CBCL (1½ a 5): internalizantes e externalizantes, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.91

Tabela 15 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do CBCL 1 ½ a 5: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.93

Tabela 16 - Valores dos resultados dos escores em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do GT e do GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.94

Tabela 17 - Classificação dos escores dos participantes dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.96

Tabela 18- Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.98

Tabela 19 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.99

Tabela 20 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon. 103

Tabela 21 - Valores dos resultados dos escores em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do GT e do GC referentes aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção..... 104

Tabela 22 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney..... 106

Tabela 23 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney..... 107

Tabela 24 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney..... 108

Tabela 25 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon. 111

Tabela 26 - Valores dos escores (escore T) em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes às escalas do ASR de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman. 117

Tabela 27 - Valores dos escores (escore T) em média, desvio padrão, moda e mediana das crianças cujos pais foram participantes do GT, referentes às escalas do CBCL 1½ a 5 de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman..... 117

Tabela 28 - Comparações entre os escores (escore T) das duas escalas de problemas de comportamento avaliadas pelo CBCL 1½ a 5 nos três momentos de avaliação, pelo teste de medidas repetidas de Wilcoxon. 118

Tabela 29 - Valores dos escores em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes aos aspectos positivos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman..... 119

Tabela 30 - Valores dos escores em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes aos aspectos negativos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman..... 120

Tabela 31 - Comparações entre os escores dos participantes do GT, referentes aos aspectos negativos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nos três momentos de avaliação, pelo teste de medidas repetidas de Wilcoxon. 121

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
DRC	Doenças respiratórias crônicas
SUS	Sistema Único de Saúde
GT	Grupo Tratamento
GC	Grupo Comparação
POP	Programa de Orientação Parental
HU	Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
HC	Ambulatório de Imunologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
CSE	Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
AGEP	Ambulatório Geral da Pediatria do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
ASR	Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos
CBCL 1 ½ a 5	Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ a 5 anos
RE HSE-P	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais
HSE-P	Habilidades Sociais Educativas Parentais
HS	Habilidades sociais da criança
CONT	Variáveis de Contexto
PR NEG	Práticas Negativas
PROBL	Problemas de Comportamento Infantis
TPOS	Total Positivo
TNEG	Total Negativo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	19
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	22
2.2 PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE NA INFÂNCIA	25
2.3 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: ASMA E CRISES DE SIBILÂNCIA	28
2.4 SAÚDE INFANTIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
2.5 PROBLEMAS DE SAÚDE CRÔNICOS NA INFÂNCIA E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	36
2.6 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE NA INFÂNCIA.....	39
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	49
3.1 OBJETIVO GERAL.....	49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3.3 HIPÓTESES.....	49
4. MÉTODO	51
4.1 AMOSTRA.....	51
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	52
4.3 INSTRUMENTOS.....	52
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	56
4.4.1 Etapa I – contato com as instituições de atendimento à saúde infantil	56
4.4.2 Etapa II – Levantamento das crianças menores de cinco anos nos locais de atendimento à saúde infantil na cidade de São Paulo/SP.....	57
4.4.3 Etapa III – Planejamento e elaboração da intervenção (POP).....	57
4.4.4 Etapa IV – Seleção dos participantes e realização das entrevistas de avaliação (avaliação pré-intervenção).....	60
4.4.5 Etapa V – Estudo piloto.....	60
4.4.6 Etapa VI – Estudo final	61
5. CUIDADOS ÉTICOS	63
6. ANÁLISE DOS DADOS	64
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
7.1 LEVANTAMENTO DAS CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE UM ANO E MEIO (18 MESES) A CINCO ANOS (60 MESES) EM QUATRO LOCAIS DE ATENDIMENTO À SAÚDE INFANTIL NA CIDADE DE SÃO PAULO/SP.....	66

7.2 ESTUDO FINAL.....	75
7.2.1 Estudo final: características sociodemográficas da amostra.....	75
7.2.2 Estudo final: Histórico de Saúde da Criança	79
7.2.3 Estudo final: problemas de comportamento dos pais (ASR).....	83
7.2.4 Estudo final: problemas de comportamento das crianças (CBCL 1 ½ a 5) ..	88
7.2.5 Estudo final: habilidades educativas parentais (RE HSE-P)	94
7.2.6 Estudo final: seguimento dos participantes do Grupo Tratamento.....	116
8. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES	123
8.1 CONCLUSÕES	123
8.2 LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO	125
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
10. REFERÊNCIAS	131
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	142
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	143
APÊNDICE B - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	145
APÊNDICE C - HISTÓRICO DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	146
APÊNDICE D - PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL	148

1. APRESENTAÇÃO

As doenças respiratórias crônicas na infância representam um importante problema de saúde pública, gerando altos custos e grande demanda para o sistema de saúde. No Brasil, a asma é a doença crônica de maior prevalência na infância, sendo a terceira causa de hospitalização entre crianças e adolescentes (Mattar, 2008). Em crianças menores de cinco anos ainda não é possível diagnosticar a asma com segurança, mas alguns sintomas de desconforto respiratório, tais como crises de sibilância, são indicativos de que estas crianças podem desenvolver asma (Matos & Machado, 2007).

Estudos epidemiológicos indicam que episódios precoces de sibilância são associados ao desenvolvimento de asma posteriormente, em idade escolar (Telles Filho, 2012). Crianças menores de seis anos que apresentam crises frequentes de sibilância precisam ser acompanhadas com regularidade pelos serviços de saúde, a fim de tratar este problema de modo efetivo, supervisionar a evolução do quadro e prevenir o agravamento dos sintomas. Outro fator relevante é o impacto negativo deste problema de saúde infantil sobre a qualidade de vida das crianças e suas famílias (Bianca, Wandalsen & Solé, 2010).

Outros estudos sinalizam que a presença de problemas crônicos de saúde na infância pode representar um importante fator de mediação da qualidade da interação cuidador-criança e a família pode apresentar dificuldades em administrar tal condição, sendo que a criança, como membro deste sistema, também poderá sofrer significativamente neste contexto (Castro & Piccinini, 2002; Silver, Westbrook, & Stein, 1998).

O presente trabalho teve como objetivo elaborar e avaliar um programa preventivo de orientação para cuidadores cujas crianças apresentam crises de sibilância. Este programa de orientação parental teve como objetivo desenvolver e aprimorar as habilidades sociais educativas parentais, orientar os pais sobre o manejo do comportamento infantil e do problema crônico de saúde em suas crianças.

Neste sentido, observa-se no cenário nacional urgência de realização de pesquisas de intervenções psicológicas neste formato, visto que não foram encontrados relatos

publicados de estudos sobre os efeitos da atuação do psicólogo junto a crianças menores de seis anos que apresentam crises de sibilância e seus cuidadores.

A presente pesquisa foi realizada em quatro locais de assistência à saúde infantil da rede pública do município de São Paulo/SP e a intervenção psicológica foi realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

Para cumprir o objetivo deste estudo de avaliar os efeitos de um programa preventivo de orientação a pais de crianças com crises de sibilância algumas decisões de ordem teórica e prática foram tomadas. A Análise do Comportamento foi adotada como abordagem teórica norteadora do estudo para compor a intervenção e para analisar os dados coletados. A interface com outras áreas foi necessária, a fim de compreender e contextualizar melhor o problema e o delineamento da pesquisa. Sendo assim, conceitos, estudos e delineamentos das áreas de medicina, epidemiologia, saúde pública e ciência da prevenção foram consultados e fundamentaram de certo modo os pressupostos do presente estudo. Ressalta-se que para poder contemplar o objetivo de avaliar o efeito de um programa preventivo e para poder viabilizar sua aplicação na comunidade além dos “muros” da universidade, questões de ordem prática foram definidas e não puderam ser respondidas por meio dos padrões de delineamentos de investigação priorizados pela Análise do Comportamento (delineamentos de sujeito único).

Assim, para auxiliar na compreensão dos pontos norteadores do presente trabalho, a seção de revisão bibliográfica será composta de seis capítulos. No primeiro capítulo, será apresentada a concepção de desenvolvimento infantil na perspectiva da Análise do Comportamento. No segundo, será descrito um panorama dos problemas crônicos de saúde na infância, em termos de prevalência, efeitos e repercussões sobre o desenvolvimento infantil. O terceiro capítulo trará definições de doenças respiratórias crônicas na infância, principalmente, no que tange à asma e às crises de sibilância, com descrição de dados de prevalência, tratamento e repercussões para o desenvolvimento infantil. O quarto capítulo apresentará o Sistema Único de Saúde no Brasil, em termos de composição, funcionamento e medidas de tratamento, acompanhamento e promoção de saúde na infância. Descrever-se-á no quinto capítulo a relação entre problemas crônicos de saúde na infância e problemas de comportamento infantil. No sexto e sétimo capítulos, serão apresentados conceitos da ciência da prevenção em psicologia e serão reportados dados acerca de intervenções psicológicas com pais e/ou cuidadores como uma estratégia útil de prevenção de problemas

de comportamento no desenvolvimento infantil, tanto para famílias com crianças saudáveis, quanto para famílias cujas crianças apresentam problemas crônicos de saúde.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intrauterina e envolve vários aspectos, como o crescimento e maturação biológica e a aquisição de habilidades relacionadas ao comportamento referente às esferas cognitiva, social e afetiva da criança. É esperado que, no contexto de sua vida, a criança torne-se competente para responder às suas necessidades e às do seu meio (Miranda, Resegue, & Figueiras, 2003).

De acordo com o referencial teórico da Análise do Comportamento, o desenvolvimento infantil é um processo interacional construído a partir do tipo de interação que o indivíduo é capaz de estabelecer com o mundo. A criança interage constantemente com o ambiente, modifica-o e é modificada por ele, e novas habilidades são adquiridas e refinadas de acordo com o contexto de estímulos, que é único para cada indivíduo. De acordo com Bijou e Baer (1980, p. 27): “As interações entre a criança e seu ambiente são contínuas, recíprocas e independentes. Ambos formam uma unidade inseparável, constituindo um conjunto interligado de variáveis ou um campo de interação”.

Não há delimitação de fases ou mudanças no organismo que impliquem no amadurecimento progressivo da criança, ou seja, considera-se que interações significativas não ocorrem de maneira sincronizada suficientemente para caracterizar uma fase ou indicar que a criança apresentou comportamentos esperados para sua faixa etária. O foco é dado aos tipos de relações que a criança estabelece com o ambiente e que favorecem ou não o aparecimento de certos tipos de comportamento. Segundo Gehm (2013a, p. 37),

Não se nega que o desenvolvimento pode ter direções mais prováveis que outras. A área não se compromete com posições rígidas sobre possibilidades de direções únicas de desenvolvimento. Os rumos do desenvolvimento são definidos probabilisticamente na relação entre seu comportamento e seu ambiente. Com isso, é possível elaborar previsões também probabilísticas sobre o comportamento futuro a partir da análise funcional das relações que esse organismo tem e teve com seu meio.

Portanto, o desenvolvimento é analisado a partir de uma abordagem interacionista, na qual não é possível definir com precisão a direção exata das mudanças de um organismo,

mas é importante conhecer e analisar quais os percursos mais prováveis durante a vida de um indivíduo. Neste sentido, pode-se focar no estabelecimento de sequências que são mais ou menos prováveis em determinadas condições ou a sequência mais provável para a aquisição de um repertório. Gehm (2013b) afirma que o conceito de estágios pode ser útil como forma de organização de dados e como facilitador da troca de informações entre pesquisadores. Com base neste raciocínio, os estágios podem ser empregados como descrição das sequências de mudanças.

Alguns analistas do comportamento têm se debruçado sobre esta questão. Bijou e Baer (1980) propõem a identificação de estágios de desenvolvimento em termos dos principais tipos de interações que ocorrem entre o organismo e o ambiente. Eles destacam a natureza funcional desta abordagem e apontam que ela foi desenvolvida com base na terminologia e nos critérios propostos por Jacob Robert Kantor. Este autor sugeriu três estágios principais (citado por Bijou & Baer, 1980; Gehm, 2013a):

1) universal: o organismo é capaz de se comportar como um sistema unificado, mas é bastante limitado por suas características orgânicas, muitas interações são predominantemente respondentes e são uniformes para todos os indivíduos. Surgem movimentos descoordenados que ao interagir com o ambiente se tornam progressivamente coordenados, eficientes e úteis na relação com certas demandas ambientais. O termo ecológico é adotado por Bijou e Baer (1980) para descrever este tipo de comportamento; ele permite a interação do repertório comportamental da criança com seu ambiente e, concomitantemente, o ambiente também se torna mais responsivo para o lactante;

2) básico: a interação do organismo com estas experiências resultará em um infante mais livre de suas limitações biológicas, com um sistema nervoso mais completo e vigoroso, podendo empregar seu tempo e energia na exploração do ambiente. É nesta época que a criança vivencia experiências que não são comuns e padronizadas para todas as crianças e estas experiências constituirão a aprendizagem individualizada que propiciará a cada criança repertórios únicos e distintos;

3) social ou societário: com o desenvolvimento de habilidades mais complexas e refinadas, a criança é exposta às agências sociais de desenvolvimento, tais como escolas, creches, vizinhos, igrejas, pares e as instruções sistemáticas de cada cultura/sociedade, tais como leitura, escrita e símbolos. Esta exposição deliberada à instrução e controle social continuará ao longo de toda a vida do indivíduo. Ressalta-se que estes estágios são

probabilísticos e constituem períodos durante os quais as interações têm caráter consistente. Algumas crianças permanecerão mais tempo em um deles, outras menos.

Ribes (1996) propõe uma concepção de estágios de desenvolvimento pautada em mudanças na organização funcional do comportamento, ou seja, as mudanças seguiriam um eixo de complexidade qualitativa em que repertórios mais simples podem integrar os mais complexos em qualquer nível de interação. O autor coloca que os estágios não devem ser considerados como mudanças sólidas e homogêneas, mas sim como mudanças sequenciais assimétricas de algumas competências comportamentais, em que os tipos mais complexos de organização funcional surgem dos mais simples.

De acordo com Gehm (2013b) observa-se que há uma diferença entre a concepção de estágios proposta por Kantor e a proposta por Ribes (1996). Enquanto o primeiro propõe etapas que sintetizam o tipo principal de interação que ocorre em cada fase da vida, o segundo propõe estágios para a construção de repertórios específicos ao longo da vida de um indivíduo. Ambas parecem ser complementares e são importantes para compreender a visão que a Análise do Comportamento tem sobre o desenvolvimento infantil. Ademais, Gehm (2013a, p. 38) ressalta que:

Conceitos como estágio, pré-requisito e estrutura são frequentemente atrelados a posições teóricas que defendem uma direção única de desenvolvimento. Ainda assim, eles podem ser compreendidos também a partir de um referencial probabilístico e serem úteis à Análise do Comportamento. Os estágios podem ser compreendidos como ferramentas descritivas. Os pré-requisitos podem informar sobre quais aquisições alteram a probabilidade de aquisição de um comportamento alvo em determinado contexto. E a análise estrutural pode ser útil no planejamento de sequências de apresentação de estímulos e de seleção de respostas no processo de aprendizagem.

A partir desta perspectiva de desenvolvimento infantil, considera-se que os índices empregados para verificar o desenvolvimento infantil são os fatos observáveis, as manifestações comportamentais, os eventos sociais, a maturação biológica e os tipos de interação que cada infante é capaz de estabelecer com o meio que o circunda (Bijou & Baer, 1980). Neste sentido, é importante destacar o contexto de estímulos, singular para cada pessoa, que é composto pelos cuidadores da criança, pelo convívio (frequente ou não) com pares e outros adultos e pela demanda de diferentes ambientes, tais como escolas, creches, atividades de lazer/esporte/recreação e cuidados com a saúde. Segundo Del Prette e Del Prette (2005), tais contextos de estimulação são determinantes para o desenvolvimento infantil, pois propiciam, a cada criança, as possibilidades de interação que favorecem a

aquisição de repertórios fundamentais para sua sobrevivência e adaptação ao meio social e à cultura.

Esta capacidade de responder ao ambiente pode ser comprometida caso a criança apresente problemas orgânicos/fisiológicos, condição que pode interferir em seu processo desenvolvimental. Segundo Amaral e Albuquerque (2000), estas crianças que nascem ou adquirem enfermidades ao longo de seu crescimento apresentam danos que podem alterar a capacidade do organismo de receber a estimulação ambiental de modo similar às demais crianças não portadoras de problemas orgânicos.

Segundo Skinner (1998), o organismo importa e tem que ser considerado, pois ele é o requisito básico para que as variáveis ambientais atuem. O conceito de comportamento é um conceito relacional e depende, em grande parte, das condições de saúde do organismo que se comporta. Portanto, crianças com problemas de saúde podem ter seu desenvolvimento prejudicado, uma vez que seu organismo pode não apresentar as condições ideais de responder às demandas do ambiente.

2.2 PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE NA INFÂNCIA

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, em tempos de paz (ou seja, sem guerras mundiais ou guerras civis), pelo menos 10% das crianças de qualquer nação nascem ou adquirem impedimentos físicos, psicológicos ou sensoriais, que interferirão no seu desenvolvimento (Miranda, Resegue & Figueiras, 2003). Outra informação relevante referente a esta questão é que as principais causas de adoecimento em crianças com até 12 anos de idade são as afecções do aparelho respiratório, doenças infecciosas tais como viroses e diarreia e acidentes de trânsito ou domésticos (Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012). Mais especificamente, em crianças menores de cinco anos, as principais causas de adoecimento são as afecções do aparelho respiratório, entre as quais se destacam as infecções respiratórias agudas, tais como pneumonias, gripes, resfriados e bronquiolites (Caetano, Bordin, Puccini & Peres, 2002). Estatísticas atuais indicam que, em termos mundiais, anualmente, quase 11 milhões de crianças menores de cinco anos

morrem, sendo um conjunto de doenças infecciosas a causa da mortalidade em 20 a 30% dessas crianças (Paranhos, Pina & Mello, 2011). Ademais, outros problemas fisiológicos também podem acometer o organismo das crianças, tais como síndromes genéticas, doenças congênitas, deficiências físicas e intelectuais, bem como problemas psicológicos. Tais limitações podem comprometer, em menor ou maior grau, o desenvolvimento infantil (Castro & Piccinini, 2002; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012).

Os agravos à saúde, quanto às suas características, podem ser classificados como agudos ou crônicos. *Problemas de saúde agudos* são episódios isolados de adoecimento relativos a circunstâncias específicas, sendo que, na infância, exemplos destes episódios são acidentes (de trânsito, domésticos), infecções (apendicite, pneumonia, meningite), viroses (gripes, diarreia) (Caetano, Bordin, Puccini & Peres, 2002). São de curta duração e o tratamento pode envolver a realização de exames médicos, o uso de medicações e, em alguns casos, hospitalizações, produzindo alterações temporárias na rotina da criança e de seus cuidadores. Também podem favorecer efeitos negativos, em curto prazo, no desenvolvimento infantil e na interação familiar (Barros, 1998).

Esses efeitos negativos em curto prazo implicam em alterações comportamentais temporárias da criança, tais como maior exigência em termos de atenção parental, retrocesso em alguns hábitos de autonomia e higiene e maior frequência de birras. Tais alterações podem afetar a relação entre a criança e seus cuidadores, sendo que um fator determinante da duração destas alterações é o modo como os pais irão manejá-las. Quando os pais não são capazes de lidar adequadamente com este tipo de problema, a perturbação tende a prolongar-se, podendo evoluir negativamente para prejuízos da relação familiar, desenvolvimento de problemas de comportamento infantil e aumento da exigência e estresse dos pais (Barros, 1998; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012).

No que tange aos *problemas de saúde crônicos*, esses são um grupo heterogêneo de condições clínicas com distintas características, sendo a mais marcante o longo período de duração da enfermidade. Comumente são agrupados como doenças crônicas, contudo englobam também condições clínicas de adoecimento com longa duração e que, necessariamente, não irão ser diagnosticados como doenças. Esta variedade de agravos à saúde de duração prolongada é um tema controverso para grande parte dos autores, especificamente no tocante à faixa etária pediátrica, pois os critérios para confirmar algumas doenças crônicas nesta população ainda não estão totalmente estabelecidos e não são

consensuais. Ademais, muitos problemas de saúde crônicos podem ser superados pela maturação biológica do organismo (por exemplo, bebês prematuros), pelo fortalecimento do sistema imunológico da criança (virose recorrentes), pela adoção de estratégias mais adequadas de cuidados (por exemplo, sobrepeso ou desnutrição) e pela realização de cirurgias (por exemplo, problemas cardíacos congênitos) (Roberts & Steele, 2009; Silva, 2001; Straub, 2012).

Castro e Piccinini (2002) e Vieira e Lima (2002) definem problemas crônicos de saúde como doenças com repercussões físicas, que podem ou não ser fatais, com duração mínima de três meses ou que necessitem de um período de hospitalização por mais de um mês no período de um ano. Atualmente, o conceito mais aceito de doença crônica na infância é uma enfermidade que tem base biológica, psicológica ou cognitiva, com duração mínima de um ano, que produz uma ou mais das seguintes condições: limitação de função ou atividade ou prejuízo das relações sociais quando comparadas com crianças saudáveis da mesma faixa etária; dependência de medicações, dieta especial e tecnologia médica; e necessidades de cuidados especiais da equipe de saúde (Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Castro & Piccinini, 2004; Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira, 2003; Santos, 1998; Silva, 2001; Silva, Collet, Silva, & Moura (2010); Stein, Bauman, Westbrook, Coupey, & Treys, 1997).

As doenças crônicas afetam cerca de 15 a 18% da população infantil, sendo que aproximadamente 7% sofrem de alguma limitação nas suas atividades diárias (Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012). As doenças crônicas mais frequentes na infância são asma, doenças do fígado, diabetes, insuficiência renal crônica, câncer, hemofilia, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), epilepsia e obesidade (Castro & Piccinini, 2002; Silva et al., 2010). A asma e a obesidade são doenças crônicas que implicam em um acompanhamento regular da criança pela equipe de saúde a fim de verificar a evolução do quadro, pois muitas crianças apresentam sintomas de asma e não se tornam asmáticas e outras estão acima do peso, mas emagrecem e superam o risco de se tornar obesas (Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012).

Os infantes portadores de enfermidades crônicas geralmente necessitam passar por procedimentos médicos aversivos, uso constante de medicações, hospitalizações, restrições alimentares e funcionais e agravamento de sua condição física. O impacto na capacidade funcional da criança pode ser significativo, pois a enfermidade pode impor diversas limitações nas atividades diárias. Uma doença de duração prolongada pode privar a criança

de inúmeras fontes de prazer, pois pode interferir na autoestima, no controle do próprio corpo e nas relações interpessoais (Amaral & Albuquerque, 2000; Castro & Piccinini, 2002; Kratz, Uding, Trahms, Villareale, & Kieckhefer, 2009; Silva, 2001).

A situação de apresentar um estado crônico de saúde adversa pode afetar o desenvolvimento físico e emocional infantil, aumentando a probabilidade destes indivíduos apresentarem problemas de comportamento, tais como ansiedade, depressão, estresse, agressividade, irritabilidade e dependência extrema, dentre outros (Castro & Piccinini, 2002; Piccinini et al., 2003; Santos, 1998; Vieira & Lima, 2002). Segundo Miyazaki, Amaral, Salomão Jr. e Grecca (2006), crianças com doença crônica têm um risco quatro a cinco vezes maior para problemas psicológicos que crianças saudáveis. Silva (2001) destaca que crianças e adolescentes com doenças crônicas apresentam maior incidência de desordens psicossociais (estresse, ansiedade, depressão, absenteísmo escolar) que seus pares saudáveis.

A doença crônica na infância pode ser um estressor que afeta também a dinâmica e qualidade da relação familiar, no sentido de que pode favorecer a ocorrência de dificuldades complexas e implicações em longo prazo que poderão acarretar prejuízos na qualidade de vida de todo o grupo. O cotidiano familiar pode ser modificado consideravelmente devido a circunstâncias que envolvem e afetam todos os familiares, tais como constantes visitas aos médicos e/ou hospitais, administrações regulares de medicações, dieta alimentar e aumento da responsabilidade dos cuidadores em supervisionar a criança (Castro & Piccinini, 2004; Krats et al., 2009; Piccinini et al., 2003; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012).

2.3 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: ASMA E CRISES DE SIBILÂNCIA

A insuficiência respiratória aguda é o problema de saúde agudo mais comum na infância e, como apontado anteriormente, a asma é o problema de saúde crônico mais frequente nesta fase. As doenças do aparelho respiratório são consideradas um problema de saúde pública, haja vista a atenção que têm recebido da OMS, UNICEF (em inglês, *United Nations Children's Fund*; em português, Fundo das Nações Unidas para a Infância) e do sistema de saúde de cada país (Ministério da Saúde, 2002; Paranhos, Pina & Mello, 2011;

Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012), somado ao interesse de muitos pesquisadores pelo tema.

Dados da OMS indicam que as doenças respiratórias são a maior causa de atendimento em nível ambulatorial, em pronto-socorro, e o maior motivo de hospitalizações. Por exemplo, as crianças menores de cinco anos podem apresentar, em média, seis a oito infecções respiratórias por ano, sendo estas, geralmente, infecções leves e autolimitadas (Telles Filho, 2012).

As afecções respiratórias possuem múltiplas causas, sendo as mais comuns as de natureza infecciosa e alérgica, que frequentemente interagem na determinação de quadros clínicos. Elas podem ser classificadas em doenças respiratórias: 1) superiores - quando estão localizadas acima da laringe, tais como resfriado comum, adenoamigdalites, rinite, sinusite, otites médias; 2) inferiores - quando estão localizadas abaixo da laringe, tais como, bronquiolite, bronquite, asma, pneumonias, síndromes aspirativas, doenças pulmonares, anomalias congênitas (*Global Initiative for Asthma [GINA]*, 2010). Estas estruturas do sistema respiratório humano estão ilustradas na Figura 1.

Figura 1. Ilustração das figuras que compõem o sistema respiratório humano (vias superiores e inferiores). Fonte: ABC da Saúde Infantil.

Doenças respiratórias crônicas (DRC) atingem tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRCs mais comuns. No que tange à infância, as pneumonias e a asma são as que mais causam mortalidade, são responsáveis por 90% das mortes por doença respiratória e

determinam 10% de mortes por todas as causas em crianças menores de um ano (Ministério da Saúde, 2002).

Também no Brasil, muitas crianças são acometidas por estas enfermidades respiratórias, sendo que a asma é a doença crônica de maior prevalência na infância, atingindo cerca de 10% das crianças brasileiras (Dariz & Rech, 2013). No ano de 2011, dados do Sistema Único de Saúde indicam registro de 160.000 hospitalizações por asma, dado que colocou essa doença como a quarta causa de internações em todas as idades (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012). O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com estimativas para crianças e adolescentes escolares variando de menos que 10 a mais do que 20% em diversas cidades estudadas, dependendo da região e da faixa etária consideradas (Ministério da Saúde, 2002).

Nos Estados Unidos da América, a asma é a terceira causa de hospitalização em indivíduos com menos de 15 anos (Murdock, Robinson, Adams, Berz, & Rollock, 2009). Em Portugal, ocorre em mais de 11% da população na faixa etária de 6-7 anos (Matos & Machado, 2007). Globalmente o diagnóstico da asma dobrou nos últimos vinte anos devido ao aumento real do número de casos e ao melhor reconhecimento da doença pela comunidade médica. Pesquisas recentes indicam vários fatores que podem contribuir para o aumento da asma infantil. Destaca-se o aumento da sobrevivência de fetos prematuros com pulmões não totalmente desenvolvidos, o aumento do número de mulheres grávidas fumantes, condição que aumenta a probabilidade de baixo peso e afeta a capacidade pulmonar do recém-nascido (Telles Filho, 2012).

Mas, o que é a asma? “A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, (...) está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse” (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2012, p.S1). É uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento. É uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais (Chong Neto & Rosário, 2010; Ministério da Saúde, 2002). Os sintomas da asma são episódios recorrentes de sibilância (chiado), dispneia, cansaço e/ou aperto torácico e tosse de intensidade variável. Estes sintomas estão relacionados a uma obstrução generalizada das vias aéreas, sendo reversível espontaneamente ou com medicação (Matos & Machado, 2007; Mattar, 2008). No que

tange aos fatores de risco para o desenvolvimento de asma, estes podem ser divididos em ambientais e próprios do indivíduo, como é o caso dos aspectos genéticos, obesidade e sexo masculino (durante a infância). De acordo com Maia e Williams (2005, p. 92), “os fatores de risco são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis”. Os fatores ambientais são representados pela exposição à poeira domiciliar e ocupacional, baratas e infecções virais (Ministério da Saúde, 2002). Dos casos de asma infantil, 90% são causados por reações alérgicas desencadeadas por irritações provocadas pelo contato com animais, pólen, poeira ou mofo (Straub, 2012; Dariz & Rech, 2013).

O diagnóstico da asma é eminentemente clínico e, sempre que possível, a prova de função pulmonar deve ser realizada, para a confirmação diagnóstica e para a classificação da gravidade (Ministério da Saúde, 2002). Em menores de cinco anos pode ser confundida com outras doenças, pois, de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012), não é possível definir o diagnóstico de asma para crianças lactantes e pré-escolares (0 a 5 anos). Nesta faixa etária, o diagnóstico deve ser baseado principalmente em aspectos clínicos, pois há dificuldades de se obter medidas objetivas que o confirmem. Ainda segundo estas diretrizes, o diagnóstico de asma deve ser pautado na investigação e no tratamento da sibilância e tosse recorrente, implicando em uma cuidadosa avaliação dos sintomas, de sua evolução, dos antecedentes pessoais de cada paciente, da história familiar e dos achados físicos.

Os objetivos do tratamento da asma são controlar os sintomas, permitir atividades normais (escola e lazer), melhorar e manter uma função pulmonar adequada, evitar crises para prevenir idas a serviços de emergências e hospitalizações e minimizar efeitos adversos dos medicamentos. Em suma, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e reduzir o risco de morte (GINA, 2010; Ministério da Saúde, 2002). O tratamento é focado no controle da doença para evitar a ocorrência de crises respiratórias, implicando em administrações diárias de medicação, constantes visitas aos médicos e/ou hospitais e restrição de algumas atividades (Sales, Fivush, & Teague, 2008).

Em cerca de 90% das crianças asmáticas, o curso de desenvolvimento dos sintomas tem início antes dos cinco anos de idade (Dariz & Rech, 2013), sendo que 50% dos casos ocorrem no primeiro ano de vida (Mattar, 2008). Um dos sintomas mais recorrentes no primeiro ano de vida e que pode ser precursor de asma ou de outros problemas

respiratórios são as crises de sibilância ou chiado. Nesta idade, a sibilância é um dos motivos de maior procura por atendimento médico em serviços de urgência (Solé, 2008).

De acordo com Freire, Senise Júnior, Wandalsen, Malozzi e Solé (2012, p. 72) a “sibilância é um sinal clínico inespecífico que traduz a passagem do fluxo turbulento de ar através de vias áreas estreitadas ou parcialmente obstruídas, desencadeando vibrações das paredes brônquicas”. Crianças menores de dois anos que apresentam quadro de sibilância contínua há pelo menos um mês ou, no mínimo, três episódios de sibilos em espaço de seis meses nesta faixa etária são denominadas lactantes sibilantes. A asma é uma dentre as várias causas de sibilância nesta idade (Solé, 2008).

Com o objetivo de reduzir em 50% as hospitalizações por asma em todas as faixas etárias em 2015, a Iniciativa Global para a Asma (GINA, 2010) tem recomendado ações e descreve quatro padrões distintos de sibilância durante a infância; são eles:

- a) sibilância transitória: sibilos durante os dois e três primeiros anos de vida e não mais após esta idade;
- b) sibilância não atópica: crises de sibilância desencadeadas principalmente por vírus que tende a desaparecer com o crescimento da criança;
- c) asma persistente, caracterizada por crises de sibilância associadas a um dos seguintes fatores: manifestações clínicas de atopia: eczema, rinite, conjuntivite, alergia alimentar, níveis elevados de imunoglobulina IgE (são glicoproteínas relacionadas aos linfócitos que atacam proteínas estranhas ao corpo e é um indício de reação de hipersensibilidade inata); sensibilização comprovada pela presença de IgE específica a alimentos na infância precoce e a aeroalérgenos; sensibilização a aeroalérgenos antes dos três anos de idade; ter pai ou mãe com asma;
- d) sibilância intermitente grave: episódios poucos frequentes de sibilância aguda associados a poucos sintomas fora dos quadros agudos.

Estudos epidemiológicos indicam que episódios precoces de sibilância são associados ao desenvolvimento de asma posteriormente, em idade escolar. Dados sinalizam que dentre as crianças que apresentam crises de sibilância em idade precoce, 40% continuarão tendo tais crises aos seis anos de vida. Ademais, infantes com crises de sibilância no primeiro ano de vida apresentam taxas até três vezes maiores de hospitalizações quando comparadas a seus pares que não apresentam crises de sibilância (Medeiros et al., 2011; Telles Filho, 2012).

A presença de sibilância frequente durante os três primeiros anos de vida associada a um fator de risco maior (história parental de asma ou pessoal de eczema) ou dois ou três fatores de risco menores (sibilância na ausência de infecções de vias aéreas superiores e rinite alérgica) apontam risco elevado de a criança desenvolver asma (Bianca, Wandalsen, & Solé, 2010; Dariz & Rech, 2013).

Outro fator relevante deste problema de saúde crônico é o impacto negativo que ele exerce sobre a qualidade de vida das crianças e suas famílias, pois os cuidadores podem perder dias de trabalho para cuidar e supervisionar melhor as crianças e há interferências também na qualidade do sono e do apetite destes infantes. Esta influência das crises de sibilância na qualidade de vida das crianças está relacionada à idade da criança, presença de comorbidades, situação socioeconômica da família e gravidade dos sintomas (Freire et al., 2012; Solé, 2008), requerendo que os profissionais da saúde fiquem atentos e acompanhem regularmente as crianças com crises de sibilância, principalmente as menores de cinco anos.

2.4 SAÚDE INFANTIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição responsável por zelar/cuidar da saúde de todos os brasileiros. No que tange à infância, o SUS se propõe a atuar, de maneira simultânea e integrada, com base no conjunto de doenças de maior prevalência nesta fase de desenvolvimento, almejando uma abordagem sistematizada à saúde da criança que integre ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde. De acordo com esta perspectiva, objetiva e preconiza o acompanhamento de crianças que já possuem diagnóstico de asma ou que apresentam problemas respiratórios que podem evoluir para asma ou outra DRC, tal como as crianças que apresentam crises de sibilância em idade precoce.

O SUS foi instituído em 1988 pela Constituição da República que assegurou o acesso à saúde para todos os brasileiros. Tem como objetivo primordial assistir a saúde de todos os cidadãos no Brasil, e seus princípios são a universalidade (atender a todos, sem distinções ou restrições, gratuitamente), integralidade (cuidado integral; atenção focada no indivíduo, na

família e na comunidade e não em um recorte de ações e enfermidades), equidade (atendimento igual para todos contemplando as necessidades diferentes de cada um) e participação popular (Daneluci, 2010; Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). De acordo com Junqueira (2001, p. 10):

Os serviços do SUS devem traduzir na prática do dia a dia os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Fazem isto prestando atendimento de caráter integral com garantia de acesso universal e igualitário, enfatizando as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, sem descuidar da assistência, isto é, da cura e da reabilitação.

O SUS é composto por uma rede hierarquizada de assistência à saúde em três níveis de atenção e complexidade:

1) atenção primária: é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo Programa Saúde da Família. É a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 19):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É neste nível de atenção que o SUS pretende intervir com maior intensidade no que se refere à saúde infantil. São orquestradas estratégias com foco na diminuição da incidência das doenças mais prevalentes na infância, desenvolvidas medidas para orientar as famílias e a equipe de saúde se organiza para tratar e acompanhar as crianças que apresentam tais enfermidades. São promovidas também ações para estimular o aleitamento materno, o bem-estar social e afetivo da criança e para garantir que as crianças sejam vacinadas de acordo com o calendário recomendado de vacinação (Ministério da Saúde, 2002; Paranhos, Pina & Mello, 2011).

2) atenção secundária (média complexidade): são os ambulatórios de diversas especialidades médicas e de outras áreas da saúde, tais como fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, dentre outras. Neste nível de atenção, os usuários são encaminhados para profissionais especializados em determinadas áreas da medicina, recebem atendimento mais focado em seus problemas de saúde e são encaminhados para centros diagnósticos a fim de realizar exames e procedimentos médicos simples, além de receberem tratamento e serem acompanhados para sanar os problemas de saúde. É neste nível de atenção que

muitas crianças que apresentam DRC, por exemplo, são tratadas e acompanhadas pelas especialidades médicas de pneumologia, imunologia e otorrinolaringologia (Daneluci, 2010).

3) atenção terciária (alta complexidade): fazem parte deste nível de atenção os hospitais e os procedimentos médicos de alta complexidade, tais como cirurgias e transplantes. Os serviços de pronto-atendimento e urgência fazem parte deste nível de atenção à saúde e muitas crianças são levadas por seus cuidadores para estes locais a fim de receber ajuda e tratamento para problemas de saúde. É frequente a procura destes locais de assistência por crianças que apresentam DRC, pois, em muitos casos, a hospitalização é necessária para o tratamento (Paim et al., 2011).

É importante ressaltar que nos três níveis de atenção à saúde disponibilizados pelo SUS há uma equipe de profissionais que trabalham neste setor, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, cujo objetivo comum é oferecer um atendimento integral e multidisciplinar aos cidadãos brasileiros (Ministério da Saúde, 2012).

Outra ressalva é que quando se trata da saúde das crianças, a equipe de profissionais da saúde lida diretamente com dois “pacientes”: a criança, que está enferma ou em acompanhamento para manutenção de sua saúde, e sua família/seus cuidadores, pessoas responsáveis pela promoção da saúde e bem-estar infantil e que estão diretamente implicados na execução das orientações dadas pela equipe. Portanto, a especificidade da saúde infantil é um processo amplo, complexo e que contempla algumas condições muito particulares, que não estão presentes no tratamento dos adultos, implicando em medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, a família, os serviços de saúde e outros setores sociais (Barros & Santos, 1999; Paranhos, Pina & Mello, 2011).

De acordo com diretrizes do SUS, no que tange a saúde infantil, a equipe de saúde deve acolher a criança e seus responsáveis, compreender a extensão do problema que os preocupa e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Para tal finalidade é fundamental o estabelecimento de um canal de comunicação com as famílias, de modo que apreendam as recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados em casa, bem como fiquem atentos aos sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde. Tais recomendações e estratégias acerca da saúde infantil são implementadas, particularmente, pelo nível de atenção primária (Ministério da Saúde, 2012; Paranhos, Pina & Mello, 2011).

Considerando o exposto até então, é importante que as equipes de saúde no nível de atenção primária acompanhem crianças que apresentem sintomas, especialmente crises de sibilância, e orientem os cuidadores a comparecerem às UBSs regularmente, a fim de tratar tais sintomas e acompanhar estas crianças para observar a evolução desta condição. Ademais, estes profissionais também têm o papel de encaminhar casos de maior gravidade para a rede de assistência à saúde e facilitar o acesso da família a estes serviços. De acordo com Medeiros et al. (2011): “Faz-se necessário o acompanhamento dessas crianças para comprovar se estes fatores de risco (*crises de sibilância*) [itálicos nossos] persistirão para o diagnóstico de asma no futuro” (p. 1557).

O diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o tratamento da asma na infância têm implicações diretas sobre a morbimortalidade, função pulmonar e incidência de comorbidades. Logo, crianças menores de cinco anos que apresentam crises de sibilância demandam mais atenção do sistema de saúde e requerem um atendimento interdisciplinar e focado na prevenção para seu adequado manejo. E os cuidadores destas crianças também procuram mais os serviços de saúde para socorrer as crianças no momento da crise, para receber e administrar medicações prescritas e para receber orientações acerca do manejo desta condição (Bianca et al., 2010; Solé, 2008; Telles Filho, 2012).

2.5 PROBLEMAS DE SAÚDE CRÔNICOS NA INFÂNCIA E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

Crianças que apresentam um problema crônico de saúde frequentemente precisam comparecer com mais constância aos serviços de saúde, usar medicações diárias e, eventualmente, têm restrições de atividades ou suas atividades diárias são mais vigiadas e controladas pelos pais. Estas contingências podem prejudicar seu desenvolvimento, uma vez que crianças saudáveis e crianças com problemas de saúde têm que superar as mesmas etapas evolutivas do desenvolvimento. Tais condições também são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento (Castro & Moreno-Jiménez, 2007).

Na perspectiva analítico-comportamental, problemas de comportamento podem ser definidos como *deficit* ou excessos comportamentais que prejudicam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento que poderiam facilitar a aquisição de repertórios relevantes para a aprendizagem e desenvolvimento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

Para classificar os problemas de comportamento, muitos pesquisadores adotam a terminologia que diferencia os problemas em externalizantes e internalizantes. Esta terminologia é amplamente aceita e empregada em estudos brasileiros e internacionais. Problemas de comportamento externalizantes estão relacionados à agressividade, comportamento opositor, desafio a autoridades, abuso de substâncias, hiperatividade, vandalismo. Estes tipos de dificuldades psicológicas produzem consequências aversivas para as pessoas dos ambientes sociais do qual a criança ou adolescente faz parte, contingências estas que motivam os cuidadores a buscar ajuda com maior frequência e rapidez. Por outro lado, problemas internalizantes referem-se à ansiedade, depressão, isolamento social, timidez. Tais problemas de comportamento, geralmente, incomodam menos os adultos cuidadores e podem ser de difícil detecção, pois afetam particularmente o indivíduo e são pouco acessíveis às outras pessoas do ambiente, características que dificultam identificação precoce e procura por tratamento (Achenbach & Rescorla, 2003; Bayer, Hiscock, Morton-Allen, Ukoumunne & Wake, 2007).

Dados da literatura indicam que crianças com asma apresentam alto risco para problemas de comportamento, principalmente os internalizantes, tais como depressão e ansiedade, pois tais crianças podem experienciar situações aversivas devido à rotina de cuidados para manejar a doença, como, por exemplo, uso diário de medicações e idas mais frequentes aos serviços de saúde. Além disso, são mais supervisionadas por seus cuidadores e, em alguns casos, são superprotegidas e podem apresentar mais dificuldades de socialização em função do absenteísmo escolar e restrição de algumas atividades (esportes) (e.g. Otsuki et al., 2009). A meta-análise de McQuaid, Kopel e Nassau (2001) revisou 26 diferentes estudos e demonstrou uma modesta, mas consistente associação entre asma na infância e problemas de comportamento internalizantes. Quando comparado a crianças portadoras de outras doenças crônicas, como, por exemplo, diabetes e câncer, crianças e adolescentes com asma têm risco mais elevado de desenvolver problemas psicológicos (Murdock et al., 2009).

Estas mesmas dificuldades psicológicas foram observadas em pesquisas brasileiras. Miyazaki et al. (2006) avaliaram 16 crianças com asma moderada e grave, com idade entre cinco a 12 anos e verificaram que, comparado ao grupo controle, as crianças asmáticas apresentaram escores significativamente mais altos para depressão. Salomão Júnior et al. (2008), em outra avaliação junto a 62 pacientes asmáticos com sete a 16 anos, observaram associação entre transtornos internalizantes, como ansiedade e depressão, e asma; sendo que as crianças com asma apresentaram prejuízos na competência social relacionada a atividades e escola quando comparadas ao grupo controle.

De acordo com Eiser (1990) e Roberts e Steele (2009), há três variáveis que influenciam significativamente a maneira como as crianças respondem a problemas de saúde crônicos. A primeira está relacionada ao grau em que a doença pode ser fatal e perturbar a rotina da criança. A segunda é o modo como o infante compreende e interpreta a sua doença e o tratamento. No geral, crianças mais velhas, com maturidade mais desenvolvida, são capazes de fazer atribuições realistas para a sua dificuldade, ajustando-se de modo mais positivo à moléstia. A terceira variável é relativa às características da família da criança. O suporte familiar e competências de cada membro da família são fatores importantes para o enfrentamento adequado ou não desta situação estressora. Famílias unidas, com apropriadas habilidades de comunicação e resolução de problemas, favorecem o apoio social que a criança carece para se adaptar a qualquer contingência adversa, inclusive problemas de saúde crônicos.

Geralmente, o padrão de interação da criança doente pode estar mais relacionado com o modo como a família lida com a doença do que com os comportamentos da criança em si. É esperado que os cuidadores apresentem dificuldades em lidar com o filho. Tais complicações podem ser expressas através de extrema preocupação, irresponsividade às reais necessidades da criança, superproteção, *deficit* em impor limites e disciplina, monitoria negativa, negligência (muitos pais podem evitar envolvimento com receio de que a criança morra precocemente). Estes cuidadores sentem seus papéis parentais muitos mais exigidos do que nas situações em que a criança é saudável (Castro & Piccinini, 2002; Santos, 1998; Silver et al., 1998).

Estudos que destacam que crianças que apresentam crises de sibilância podem apresentar prejuízos em seu desenvolvimento, usam mais os serviços de saúde quando

comparadas a crianças saudáveis e exigem maior supervisão e cuidados de seus responsáveis (Medeiros et al., 2011).

Sabe-se que a família é o ambiente mais importante para a criança ao longo de seu desenvolvimento e tem papel fundamental, tanto na promoção de seu bem-estar e desenvolvimento de habilidades sociais, quanto no desenvolvimento e manutenção de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Marturano, 2008; Marinho, 2000b; Silves, 2004). Caso a criança apresente problemas de saúde, a família pode ter dificuldades em administrar tal condição e a criança, como membro deste sistema, também poderá sofrer significativamente neste contexto.

Deste modo, a presença de problemas crônicos de saúde na infância pode representar um importante fator de mediação da qualidade da interação cuidador-criança. Diante deste significativo fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento nesta população infantil, a psicologia pode contribuir para a prevenção, avaliação e tratamento das dificuldades decorrentes deste contexto. O psicólogo, enquanto profissional da saúde, pode colaborar junto a estas crianças e suas famílias por meio de avaliações norteadoras no planejamento de intervenções que possam efetivamente auxiliá-los a manejar melhor esta condição e manter um funcionamento próximo do esperado por sua comunidade verbal (Castro & Piccinini, 2002; Ellis et al., 2008).

2.6 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E PROBLEMAS CRÔNICOS DE SAÚDE NA INFÂNCIA

Segundo a literatura, uma das formas mais eficazes de evitar e minimizar a ocorrência de problemas psicológicos é a intervenção de cunho preventivo. A ciência da Prevenção Psicológica tem como prioridade a atuação antes da ocorrência de problemas psicológicos, minimizando os fatores de risco e fortalecendo os fatores de proteção, a fim de promover desenvolvimento saudável (Coie et al., 1993; Cowen, 1997; Catalano et al., 2012).

Porém, o que são fatores de risco e de proteção? Como citado anteriormente, os fatores de risco são condições ou variáveis que estão associadas a uma alta probabilidade de

ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis (Coie et al., 1993; Maia e Williams, 2005; Silveira, Silveira, & Marton, 2003). Dentre estes, incluem-se os fatores que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. Segundo Maia e Williams (2005), crianças portadoras de determinados atributos biológicos e/ou sob efeito de determinadas variáveis ambientais têm maior probabilidade de apresentar disfunções ou atraso em seu desenvolvimento, quando comparadas com crianças que não sofreram efeitos de tais variáveis. Ainda de acordo com Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002), uma criança será considerada em situação de risco quando uma conjunção de fatores sinalizar que seu desenvolvimento pode não ocorrer conforme o esperado para sua faixa etária e para os parâmetros de sua cultura.

Em contrapartida, os fatores de proteção referem-se às condições que melhoram, atenuam ou neutralizam o impacto das situações de risco; possuem a característica capital de provocar uma modificação catalítica da resposta do indivíduo aos processos de risco (Silveira, Silveira, & Marton, 2003). Nas palavras de Maia e Williams (2005, p. 92), “os fatores de proteção podem ser definidos como aqueles fatores que modificam ou alteram a resposta pessoal para algum risco ambiental que predispõe a resultado maladaptativo”. Ademais, os fatores de proteção estão relacionados a mecanismos, fatores ou processos protetores que melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos a ambientes hostis, que predispõem a desfechos desfavoráveis (Reppold et al., 2002). Ressalta-se que os fatores de risco e de proteção se interpenetram uns nos outros e se transformam qualitativamente; é uma interação dinâmica, cujo resultado é multideterminado, multivariado e singular em cada contexto (American Psychological Association, 2014; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Com base nestes pressupostos, a ciência da Prevenção Psicológica tem evoluído consideravelmente nas últimas décadas e, atualmente, tem demonstrado de forma consistente que um número significativo de programas de prevenção, pautados nas pesquisas de práticas baseadas em evidência, é efetivo em ajudar crianças e adolescentes a evitar diversos problemas, sendo que programas que atuam junto à criança e seu contexto (pais, professores e pares) apresentam maior probabilidade de produzir mudanças. As características que estão associadas a programas de prevenção efetivos são: abrangência, dosagem suficiente, foco no desenvolvimento de habilidades, adequação às características

culturais da população assistida e equipe bem treinada para aplicar a intervenção (American Psychological Association, 2014; Nation et al., 2003).

A Prevenção pode ser descrita em três níveis de atuação (Catalano et al., 2012; Gordon, 1987; Kutash, Duchnowski, & Lynn, 2006; Mrazek & Haggerty, 1994):

1) universal: é aplicada para toda a população, ou seja, todos os indivíduos de dado contexto terão acesso à atuação preventiva, independentemente de estarem ou não em situações de risco;

2) seletiva: é dirigida a indivíduos ou grupos de um dado contexto que estejam em situações de risco que favoreçam o desenvolvimento de problemas de comportamento;

3) indicada: é dirigida a indivíduos ou grupos que já apresentam indícios de problemas de comportamento ou que estão passando por períodos de transição que podem gerar situações de estresse.

Após estas considerações sobre a ciência da Prevenção Psicológica, sobre os fatores de risco e de proteção e sobre os três níveis de atuação de uma intervenção preventiva, e sendo a presença de problemas de saúde crônicos na infância um fator de risco potencial para a ocorrência de problemas de comportamento, é importante que o psicólogo foque o seu trabalho, não apenas na remediação das dificuldades psicológicas, mas no atalhamento destas, na atuação precoce e direcionada, que desenvolva e fortaleça interações positivas na dinâmica familiar, apesar das adversidades (Ellis et al., 2008; Santos, 1998).

Com o objetivo de prevenir problemas de comportamento em crianças, o repertório comportamental educativo parental têm sido alvo frequente de intervenções. As práticas educativas parentais têm sido assumidas como essenciais no fortalecimento das interações entre pais e filhos e são definidas como estratégias empregadas pelos pais ou responsáveis para orientar o comportamento das crianças, no sentido de promover e fortalecer comportamentos desejados e esperados e suprimir ou reduzir comportamentos socialmente inadequados ou desfavoráveis (Gomide, 2004; Piccinini et al., 2003; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante, & Del Prette, 2006).

As práticas parentais podem ser classificadas em negativas e positivas. O abuso físico, a punição inconsistente, a disciplina relaxada, a monitoria negativa e a negligência são considerados estratégias educacionais negativas e colaboram para o desenvolvimento de comportamentos antissociais em crianças, tais como indisciplina, dificuldade em seguir regras, agressividade, desobediência. As práticas educativas positivas são monitoria positiva

e comportamento moral e estão relacionadas ao uso adequado de reforçadores sociais, ao desenvolvimento da empatia e ao estabelecimento de contingências reforçadoras ou punitivas para o comportamento da criança; são ações que promovem o desenvolvimento de habilidades pró-sociais (Gomide, 2004; Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2006).

Pais de crianças que apresentam problemas crônicos de saúde têm dificuldades, particularmente, em monitoria negativa, pois supervisionam a rotina de seus filhos de modo excessivo, tendem a superprotegê-los, restringindo e controlando as atividades da criança tanto no ambiente doméstico, quanto em outros contextos. Outra prática parental em que podem ter dificuldades é a disciplina relaxada, pois tendem a afrouxar as regras e punições por considerar que a criança sofre muito devido a seus problemas de saúde e precisam compensá-la dando mais liberdade e atendendo a suas vontades e caprichos. Devido a essas práticas negativas, tendem a não estimular de modo frequente e adequado a independência e autonomia da criança, pois executam tarefas e atividades que as crianças teriam condições de fazer sozinhas (Castro & Piccinini, 2004). Além disso, pais cujas crianças apresentam problemas crônicos de saúde podem ter também dificuldades relacionadas à rotina de cuidados exigida pelo tratamento, tais como dificuldades em fazer a criança cumprir as recomendações da equipe de saúde, superproteger a criança, exagerar nos cuidados e privar o filho de interações sociais e atividades de lazer, não aplicar consequências contingentes ao comportamento inadequado caso a criança esteja doente, ou mesmo não aderir ao tratamento prescrito (Kratz et al., 2009; Piccinini et al., 2003; Santos, 1998).

As habilidades dos pais, ao interagirem e aplicarem práticas educativas na aprendizagem de seus filhos, podem ser decisivas para a promoção de habilidades sociais infantis e os *deficit* podem contribuir para variados problemas de comportamento. O campo teórico-prático do treinamento em habilidades sociais (THS) pode auxiliar no entendimento das interações pais-filhos no que tange a identificar quais habilidades sociais podem estar envolvidas nas práticas parentais. Bolsoni-Silva (2003) define o termo habilidades sociais educativas parentais (HSE-P) como sendo o conjunto de habilidades sociais dos pais, aplicáveis à prática parental.

As habilidades sociais educativas (HSE) mais importantes são: dialogar com os filhos - entendido como um repertório inicial para o desenvolvimento das demais HSEs; expressão espontânea de sentimentos positivos e negativos em relação aos comportamentos dos filhos, os quais necessitam ser expressos de modo socialmente habilidoso; expressão de

opiniões e solicitação adequada de mudança de comportamento; cumprimento de promessas feitas; coerência do casal quanto à educação dos filhos, com a participação de ambos os genitores na divisão de tarefas educativas; “saber dizer não” e manter a decisão; negociar quando há divergências de ideias; estabelecer regras claras e garantir que sejam cumpridas, levando-se em consideração a idade e habilidades que a criança possui; saber pedir desculpas, admitindo os próprios erros e reconhecendo os limites de cada um (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Bolsoni-Silva, 2003).

Um aspecto importante a ser considerado na análise e desenvolvimento das habilidades sociais educativas parentais é o repertório de habilidades sociais de cada cuidador que foi construído e fortalecido ao longo de sua história de vida e que está relacionado ao modo como foi educado por seus pais. As pessoas tendem a reproduzir, ao serem pais, os modelos aprendidos em sua própria família. Pesquisas com evidências empíricas indicam que padrões de interações experienciados com os cuidadores em uma geração são, geralmente, reproduzidos na próxima. Estudos sobre relações de intergeracionalidade identificaram que ambientes familiares mais encorajadores preveem relações entre pais e filhos, futuramente, mais positivas e menos negativas (Weber, Selig, Bernardi, & Salvador, 2006).

Um dos pontos centrais da intervenção preventiva no âmbito psicológico é o fornecimento de informações básicas sobre como educar a criança empregando práticas educativas mais adequadas e favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. De acordo com Gomide (2004) práticas parentais positivas podem evitar o surgimento e/ou a manutenção de problemas de comportamento, enquanto as negativas podem aumentar a probabilidade de sua ocorrência.

Uma das estratégias mais empregadas para tal finalidade são os grupos de orientação parental, nos quais cuidadores são instruídos a serem agentes mais habilidosos, firmes e consistentes na educação de suas crianças (Silva, Del Prette & Del Prette, 2000). De acordo com Marinho (2005, p. 417):

O trabalho com pais está fundamentado na premissa de que algum *deficit* nas habilidades próprias do papel parental é, pelo menos parcialmente, responsável pelo desenvolvimento ou manutenção de padrões de interação familiar perturbadores e, conseqüentemente, de problemas de comportamento apresentados pelos filhos.

Os programas de orientação parental objetivam e englobam o ensino e aprimoramento das habilidades sociais educativas e caracterizam-se como uma estratégia de intervenção que aumenta a probabilidade de prevenir problemas de comportamento, pois habilita pais e cuidadores a serem mais adequados e efetivos na educação de suas crianças e aumenta a probabilidade das mudanças adquiridas se generalizarem e persistirem ao longo do tempo na história de vida destas famílias (Bolsoni-Silva, Del Prette, & Del Prette, 2000; Marinho, 1999; Marinho, 2000; Patias, Siqueira & Dias, 2013; Webster-Stratton, 1994).

O treinamento de pais, como terapia comportamental para os problemas de comportamento infantis, tem sido aceito como uma efetiva abordagem terapêutica e é amplamente investigado na literatura nacional ou internacional (Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Marinho, 2000b; Zazula & Haydu, 2011).

Bolsoni-Silva, Boas, Romera e Silveira (2010) realizaram um estudo que descreveu o estado da arte de treinamento de pais a partir de 192 resumos publicados entre o ano de 1986 e junho de 2006. Tais autores afirmam que várias intervenções com pais foram desenvolvidas, cujos objetivos foram a alteração de estratégias parentais de manejo e que almejavam a redução ou prevenção de problemas de comportamento infantis, conduzidas em grupos ou individualmente com as famílias. Apontam que há diferentes tipos de treinamento de pais testados na literatura: a) manejo comportamental, no qual os pais são ensinados a discriminar os comportamentos infantis desejados e indesejados e são orientados sobre estratégias mais eficazes de valorizar o comportamento adequado e suprimir o inadequado; b) os que se propõem a desenvolver e aprimorar as habilidades sociais educativas parentais, nos quais os pais são treinados a ampliar e aperfeiçoar suas habilidades sociais para serem modelos para seus filhos e para empregar com mais qualidade e efetividade as habilidades sociais educativas na educação infantil; e c) mistos, nos quais há preocupação em desenvolver e aprimorar as habilidades sociais educativas parentais e orientar os pais sobre o manejo do comportamento infantil.

Ainda como resultado dessa revisão de estudos sobre o treinamento de pais, as autoras (Bolsoni-Silva et al., 2010) observaram que grande parte dos estudos publicados utilizaram delineamento quase experimental, com medidas de pré e de pós-intervenção, sendo poucas as pesquisas com avaliação de seguimento. Os objetivos dos estudos eram especialmente voltados para suprimir problemas de comportamento externalizantes, empregando-se *time-out* e reforçamento diferencial. Outros estudos visavam reduzir

problemas de comportamento e melhorar as práticas parentais e poucos trabalhos buscaram especialmente melhorar as práticas parentais.

Segundo Marinho (2005), para ser considerada eficaz, a intervenção com pais ou cuidadores demanda a ocorrência das seguintes condições: os pais devem adquirir habilidades sociais educativas e modificar seu próprio comportamento; as mudanças devem acontecer com as crianças; essas mudanças devem ser generalizadas e mantidas.

Retomando a temática sobre problemas crônicos de saúde na infância e atuação do psicólogo neste contexto, no que tange a intervenções psicológicas voltadas para cuidadores de crianças com problemas de saúde crônicos, há poucos estudos com eficácia comprovada publicados na literatura (Bauman et al., 1997; Ellis et al., 2008), principalmente a nacional (Castro & Piccinini, 2004).

Pesquisas relatando intervenções psicológicas para amenizar dificuldades psicológicas provenientes especificamente da asma na infância, em sua maioria, são focadas em orientações parentais. Estas objetivam instruir os cuidadores sobre estratégias de enfrentamento mais adequadas ao manejo da doença e habilidades parentais que auxiliem a criança a superar estados emocionais negativos e a se adaptarem à rotina intensa de cuidados (Castro & Piccinini, 2002; Murdock et al., 2009).

Em uma revisão na literatura internacional acerca de intervenções com cuidadores cujas crianças possuem doenças crônicas, 15 artigos publicados entre 1979 e 1993 foram analisados. Deste total, sete intervenções foram realizadas com crianças asmáticas e suas famílias, sendo que, especificamente, em relação a essas intervenções: a faixa etária das crianças e adolescentes variou de quatro a 14 anos; o número de participantes variou de 20 a 206 e seis destes estudos apresentaram delineamento de grupos contrastantes, sendo os grupos controle e experimental divididos randomicamente; algumas variáveis avaliadas foram sintomas de estresse, autocontrole, autoeficácia, autoestima, autoconceito, problemas de comportamento infantis, competência social e influência parental sobre o comportamento dos filhos. De modo geral, o conteúdo das intervenções abordou temas relativos a informações sobre asma e seu tratamento, autocontrole, orientações parentais e habilidades sociais. Os resultados foram positivos no que se refere à redução de problemas de comportamento infantis e aumento de autocontrole. Os autores, porém, alertam para a necessidade de sistematizar mais acuradamente as avaliações, operacionalizar melhor as intervenções e apresentar análises estatísticas mais detalhadas (Bauman et al., 1997).

Outra questão importante é a adesão da criança e sua família ao tratamento médico. Otsuki et al. (2009) testaram três tipos de intervenção com famílias de crianças asmáticas e verificaram que as intervenções que apresentaram e discutiram informações sobre a doença tiveram maior adesão.

Nos estudos sobre intervenções com crianças asmáticas, os autores sinalizam direções para futuras pesquisas, a saber: necessidade de desenvolver programas de cunho preventivo que atuem antes da ocorrência de dificuldades psicológicas e reforcem aspectos positivos da relação familiar; elaboração de intervenções que fortaleçam a adesão ao tratamento; inclusão de conteúdos psicoeducacionais nas intervenções (Murdock et al., 2009; Otsuki et al., 2009).

Evidências empíricas indicam que há uma associação entre funcionamento psicológico dos cuidadores e melhora da asma da criança. Pais que apresentam *deficit* em habilidades de enfrentamento e resolução de problemas podem favorecer uma piora no estado de saúde da criança, implicando em mais crises de asma. E o inverso também é verdadeiro: quando os cuidadores possuem estilo de enfrentamento positivo e focado no problema, seus filhos com asma apresentam menos ansiedade e relatam melhor qualidade de vida (Sales, Fivush, & Teague, 2008). Vale ressaltar que não foram localizados na literatura internacional e nacional estudos que descrevem intervenções psicológicas com crianças que apresentam crises de sibilância e suas famílias.

Em uma consulta realizada nos bancos de dados Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed e PsycInfo com combinações das palavras-chave em inglês: *wheezing; childhood; psychology*,¹, não foram encontrados relatos de pesquisas publicados que descrevem intervenções psicológicas com crianças que apresentam crises de sibilância e suas famílias, condição que sinaliza a importância de desenvolver estudos nesta direção. No banco de dados Bireme nenhum resultado foi exibido; na PsychInfo foram localizados três resultados que apresentavam relatos de pesquisa de avaliação de problemas de comportamento e de adesão ao tratamento com crianças acima de seis anos e adolescentes diagnosticados com asma; na PubMed foram localizados 50 resultados, sendo que 40 descreviam pesquisas desenvolvidas com crianças (e/ou suas famílias) que apresentavam diversos problemas respiratórios, tais como asma, ronco noturno e problemas para conciliar

¹ Busca realizada em maio de 2015 pela pesquisadora do presente estudo.

o sono. Apenas nove do total dos resultados exibidos se referiam especificamente a crianças com crises frequentes de sibilância e suas famílias, sendo que em tais pesquisas foram avaliados os níveis de estresse dos pais durante a gestação da mãe ou no cuidado com os filhos, como modo de prever ocorrências de sibilância nas crianças (e.g. Guxens et al., 2014).

Resumindo, pode-se assumir que há uma conjuntura de fatores relacionados às crianças menores de cinco anos que apresentam crises de sibilância ou outros sintomas respiratórios que demanda atenção do sistema de saúde, com destaque para a psicologia: 1) estas crianças podem ser diagnosticadas futuramente com asma, principalmente as que apresentam crises de sibilância no primeiro ano de vida, pois estes sintomas são fatores de risco para o desenvolvimento desta doença crônica; 2) elas demandam mais atenção do sistema de saúde, pois precisam ser acompanhadas para verificar a evolução destes sintomas, se irão desaparecer ou se agravar ao longo do desenvolvimento destes indivíduos; 3) elas podem ter seu desenvolvimento biológico e psicossocial comprometido em alguma medida; 4) seus cuidadores podem se sentir mais exigidos e sobrecarregados em função do tratamento prescrito pela equipe de saúde; 5) seus cuidadores podem apresentar dificuldades em impor limites e disciplina ao comportamento de seus filhos e podem ter dificuldades em cumprir as prescrições da equipe de saúde.

Com base nestas considerações, é importante que a equipe de saúde ofereça suporte e condições para ajudar estas famílias a manejar tal situação de modo positivo, fornecendo informações sobre o problema de saúde da criança, disponibilizando recursos para favorecer a adesão das famílias ao tratamento médico, dando atenção e escuta às dificuldades e queixas das famílias e acompanhando estas famílias ao longo da evolução do problema de saúde da criança. Somado a isso, o psicólogo, como membro da equipe de saúde, pode contribuir com a oferta de intervenções que auxiliem os pais a promover e desenvolver comportamento pró-sociais em suas crianças e a promover um clima familiar harmonioso, apesar das possíveis adversidades provenientes do manejo do problema crônico de saúde da criança.

Nesta perspectiva, um exemplo de intervenção psicológica efetiva reside nos programas de orientação parental, que, quanto antes forem disponibilizados, podem colaborar para o manejo desta condição pelos pais, prevenir problemas de comportamento infantis e melhorar a adesão dos pais às orientações dadas pela equipe de saúde. Ademais, a

psicologia pode disponibilizar orientações psicoeducacionais sobre crises de sibilância na infância e seu tratamento, dar suporte emocional aos cuidadores e criança e fortalecer a adesão ao tratamento médico, condição que pode facilitar e fortalecer a interação familiar com os profissionais da saúde (Castro & Piccinini, 2002; Lima, 2005; Santos, 1998).

Ressalta-se que quanto mais cedo a intervenção psicológica preventiva for disponibilizada, maiores podem ser os benefícios, pois alguns fatores de risco – tais como práticas parentais inadequadas – podem ser minimizados e os fatores de proteção, como, por exemplo, bom relacionamento familiar e enfrentamento adequado de condições adversas, podem ser fortalecidos. Alguns autores sinalizam que o ideal para a intervenção preventiva é atuar junto a crianças pré-escolares, na faixa etária de zero a seis anos, porque possíveis problemas de comportamento infantis podem ser detectados precocemente e amenizados, a fim de evitar a instalação e magnitude destas dificuldades, por meio do fortalecimento de comportamentos favoráveis ao desenvolvimento infantil saudável (Castro & Piccinini, 2002; Pesce et al., 2004; Webster-Stratton, Gaspar & Seabra-Santos, 2012).

No cenário nacional, observa-se a urgência de realização de pesquisas empíricas de intervenções psicológicas neste formato, visto que não há relatos publicados de estudos sobre a eficácia da atuação do psicólogo junto a crianças asmáticas e seus cuidadores. Ressalta-se que o ensino, a pesquisa e a comprovação de eficácia empírica de atendimento psicológico adequado às reais necessidades da clientela são de extrema relevância e importância para o futuro da psicologia no Brasil.

Portanto, o presente trabalho pretende elaborar e desenvolver um programa preventivo de orientação para cuidadores cujas crianças apresentam crises de sibilância. Este programa tem como objetivo desenvolver e aprimorar as habilidades sociais educativas parentais, orientar os pais sobre o manejo do comportamento infantil e, com um enfoque psicoeducacional, orientar os pais acerca do manejo deste problema crônico de saúde em suas crianças. Ressalta-se que este programa de orientação parental pretende ser desenvolvido e aplicado de acordo com os princípios da ciência da Prevenção e se propõe a atuar em prevenção seletiva.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos de um Programa de Orientação Parental (POP), com enfoque preventivo para problemas de comportamento infantis, sobre as práticas educativas empregadas por cuidadores cujas crianças apresentam crises de sibilância.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores de risco e fatores de proteção relacionados a práticas parentais em crianças com crises de sibilância.
- Avaliar as práticas educativas parentais adotadas pelos cuidadores de crianças que apresentam crises de sibilância.
- Avaliar os problemas de comportamentos em crianças que apresentam crises de sibilância.
- Identificar e descrever possíveis correlações entre as práticas parentais e os problemas de comportamento da criança relatados pelos pais.

3.3 HIPÓTESES

- As crianças que apresentam crises de sibilância exibirão problemas de comportamento, principalmente internalizantes.
- Os cuidadores apresentarão *deficit* em habilidades sociais educativas parentais.
- Os cuidadores que participarem do Programa de Orientação Parental apresentarão melhora de suas habilidades sociais educativas parentais e empregarão mais práticas

educativas positivas e promotoras de desenvolvimento psicossocial saudável na educação de seus filhos, em comparação com o grupo comparação.

4. MÉTODO

4.1 AMOSTRA

Foram participantes do estudo 19 pais biológicos cujos filhos apresentavam crises de sibilância e possuíam idade entre 18 e 60 meses. Os pais foram convidados a participar da pesquisa em quatro locais de atendimento à saúde infantil na cidade de São Paulo/SP e foram organizados em dois grupos: 1) Grupo Tratamento (GT), constituído de oito pais que participaram do Programa de Orientação Parental (POP) e 2) Grupo Comparação (GC), formado por onze pais que não puderam integrar o POP devido à indisponibilidade de horários. O presente estudo apresenta delineamento quase experimental, com amostra de conveniência, no qual foram comparadas as práticas educativas dos cuidadores do Grupo Comparação (GC) e do Grupo Tratamento (GT).

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

A) critérios de inclusão: cuidadores a) cujas crianças possuíam idade entre um ano e meio (18 meses) e cinco anos (60 meses); b) cujas crianças apresentavam pelo menos uma crise de sibilância no ano ou estavam em tratamento preventivo para crises de sibilância²; c) que eram o principal cuidador da criança (passavam a maior parte do tempo com a criança e eram o responsável por sua rotina); d) que possuíam idade entre 20 e 45 anos. Ademais, para serem incluídos no GT, os cuidadores deveriam comparecer a, no mínimo, sete sessões das dez previstas para a intervenção;

B) critérios de exclusão: a) cuidadores e crianças com deficiência intelectual; b) cuidadores cujas crianças apresentavam atraso global do desenvolvimento; c) cuidadores cujas crianças estavam em acompanhamento psicológico.

² Este critério incluiu crianças que apresentaram crises de sibilância em algum momento de seu desenvolvimento, continuando a fazer uso da medicação para controle das crises.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU): atendimento médico a crianças e adolescentes (0 a 18 anos) com problemas de saúde relacionados ao aparelho respiratório;

Ambulatório de Imunologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC): atendimento médico a crianças e adolescentes (0 a 18 anos) com problemas de saúde, tais como alergias, problemas respiratórios, dermatite, deficiências no sistema imunológico;

Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE): atendimento da equipe de saúde a crianças (0 a 12 anos) com diversos problemas de saúde e para supervisão e acompanhamento do desenvolvimento infantil;

Ambulatório Geral da Pediatria do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (AGEP): atendimento médico a crianças e adolescentes (0 a 18 anos) com diferentes problemas de saúde, cujos tratamentos e prognósticos necessitam de supervisão especializada da equipe de saúde.

Todos estes locais de atendimento às crianças e adolescentes são unidades de ensino, pesquisa e extensão da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e fazem parte da Rede Pública de Assistência à Saúde da cidade de São Paulo/SP.

Todos os encontros de avaliação e de intervenção com os participantes foram realizados no Centro Escola do Instituto de Psicologia (CEIP) da Universidade de São Paulo.

4.3 INSTRUMENTOS

Instrumento de apoio à pesquisa: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A): documento com um breve resumo da pesquisa e de suas etapas a ser assinado pelo participante e pela pesquisadora. Neste, o participante declara por escrito que aceita colaborar com todas as etapas da pesquisa. Em contrapartida, o pesquisador declara por

escrito que garantirá o seguimento de questões éticas, tais como o sigilo da identidade dos participantes. Este termo está de acordo com a Resolução 466/2012.

Primeiramente, com o intuito de auxiliar na compreensão dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo, será apresentado um quadro descritivo das variáveis de interesse da pesquisa, dos instrumentos utilizados para avaliá-las, do informante requerido e do tempo de aplicação para cada instrumento. Em seguida, cada instrumento será apresentado detalhadamente.

Tabela 1 - Variáveis de interesse, instrumentos utilizados para avaliá-las, do informante requerido e do tempo de aplicação para cada instrumento da presente pesquisa.

Variáveis de interesse	Instrumentos/Autores	Informante requerido	Tempo de aplicação
Fatores de risco e de proteção relacionados a práticas parentais	1) Histórico de Saúde da Criança (pesquisadora) 2) Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (Achenbach & Rescorla, 2003)	Pais e/ou cuidadores	1) 20 minutos 2) 25 minutos
Problemas de comportamento infantil	Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ e 5 Anos (Achenbach & Rescorla, 2003)	Pais e/ou cuidadores	25 minutos
Problemas de comportamento dos cuidadores	Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (Achenbach & Rescorla, 2003)	Pais e/ou cuidadores	25 minutos
Habilidades Sociais Educativas e Práticas Parentais	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2011)	Pais e/ou cuidadores	60 minutos

Instrumentos de avaliação

A) Ficha de Dados Sociodemográficos dos Participantes (Apêndice B): ficha elaborada pela pesquisadora em que são solicitados dados de caracterização sociodemográfica da amostra, tais como sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, profissão, local de residência, dentre outros.

B) Histórico de Saúde da Criança (Apêndice C): instrumento elaborado pela pesquisadora, no qual são solicitadas informações aos cuidadores acerca da saúde da criança, tais como o local no qual a criança é atendida pela equipe de saúde, uso de medicações, hospitalizações, frequência dos episódios de sibilância.

C) Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos - versão brasileira do *Adult Self-Report* (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003): deve ser respondido por adultos com

idade entre 18-59 anos. É um instrumento derivado do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach. O estudo sobre as propriedades psicométricas do ASR teve bons resultados. O modelo fatorial do instrumento foi confirmado, a consistência interna para a amostra foi 0,872 (amostra não encaminhada) e os escores da população encaminhada foram superiores ao da não-encaminhada para serviços de saúde mental (Silvares, 2013). O questionário é dividido em três partes: (1) funcionamento adaptativo, dividido nas escalas Amigos, Parceiro/Cônjuge (quando se aplica), Família, Trabalhos e Educação; (2) problemas de comportamento: Escala de Internalização: ansiedade/depressão, retraimento, queixas somáticas; Escala de Externalização: problemas de atenção, comportamento agressivo, violação de regras e comportamento intrusivo; Problemas com o Pensamento e (3) abuso de substâncias. Os escores brutos, derivados da soma da pontuação fornecida para cada um dos itens que compõem a escala, foram transformados em escores T para verificar se os escores obtidos nas diferentes escalas do instrumento atingiram a faixa normal, clínica ou limítrofe estabelecida para a amostra normativa americana (escore T $\geq$ 60). Escores na faixa clínica discriminam os adultos que devem ser encaminhados para serviços de saúde mental, sem que tal instrumento tenha pretensões diagnósticas. Na presente pesquisa foram apresentados os dados referentes aos valores do T escore, sendo que, de acordo com o manual do inventário, os casos considerados como limítrofes podem ser incluídos na categoria clínica para fins de pesquisa.

D) Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ e 5 anos - versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ a 5; Achenbach & Rescorla, 2003): inventário integrante do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach, que avalia os comportamentos infantis na perspectiva de seus pais/cuidadores. A versão brasileira foi traduzida por Linhares, Santa Maria-Mengel, Silvares e Rocha (2010), retrotraduzida por um tradutor bilíngue e aprovada pelos autores do inventário. Pires, Silvares, Rafihi-Ferreira, Rocha, Fernandes e Melo (2014) evidenciaram a estabilidade e consistência interna da versão brasileira e Mota (2015) indicou a sensibilidade do instrumento para identificação de casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA). O inventário contém descrição de problemas e aspectos da criança que preocupam os pais/cuidadores ou o que eles mais apreciam sobre ela. O instrumento se propõe a avaliar o funcionamento psicossocial da criança e identificar indícios de problemas de comportamento na infância. Os informantes dos dados sobre a criança devem ser os pais ou cuidadores. O inventário CBCL 1 ½ a 5 anos é composto de 100

itens para descrição dos comportamentos de crianças com a referida faixa etária, e, nele, os pais comparam os comportamentos do filho com os comportamentos de crianças da mesma idade, nos quesitos desempenho e tempo despendido em cada atividade, apontando como abaixo da média, dentro da média ou acima da média, respondendo aos itens em escores com os valores: 0 (“não é verdadeira”), 1 (“um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira”) e 2 (“muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”). O CBCL 1 ½ a 5 anos avalia as síndromes reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas de sono. Os escores brutos, derivados da soma da pontuação fornecida para cada um dos itens que compõem a escala, foram transformados em escores T para verificar se os escores obtidos nas diferentes escalas do instrumento atingiram a faixa normal, clínica ou limítrofe estabelecida para a amostra normativa americana (escore T $\geq$ 60). Com os escores obtidos, a criança pode ser incluída nas faixas clínica, limítrofe ou normal, em relação ao seu “funcionamento global” e nos perfis “internalizante” e “externalizante”. Para indicar o perfil internalizante, os itens avaliados são isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão. Para o externalizante, consideram-se os itens violação de regras e comportamento agressivo. Na presente pesquisa foram apresentados os dados referentes aos valores do T escore, sendo que, de acordo com o manual do inventário, os casos considerados como limítrofes podem ser incluídos na categoria clínica para fins de pesquisa.

E) Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais / RE-HSE-P (Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2011): instrumento com validação nacional para avaliar a qualidade e frequência das habilidades sociais educativas empregadas pelos cuidadores na educação de suas crianças. É uma entrevista clínica semiestruturada, que possui 13 conjuntos de perguntas e, destas, cinco preveem a avaliação da frequência comportamental (perguntas fechadas). Focaliza as seguintes habilidades sociais educativas: comunicação (iniciar e manter conversação, fazer perguntas, conversar acerca de sexualidade); expressividade (expressão de sentimentos positivos e negativos, expressão de opiniões); consistência (concordar com o cônjuge e cumprir promessas); demonstrar carinho; brincar com o filho; estabelecer limites; autoavaliação quanto a “erros” na forma de educar; discriminar e consequenciar comportamentos adequados dos filhos. Cada tópico é introduzido com uma questão aberta. Para cada opção de resposta à questão aberta (habilidades sociais educativas parentais, práticas educativas negativas, contexto, problemas

de comportamento e habilidades sociais) são solicitadas informações adicionais, as variáveis contextuais, havendo para cada uma delas alternativas de respostas.

As habilidades e as práticas parentais avaliadas são: habilidades sociais educativas parentais (HSE-P); habilidades sociais da criança (HS); variáveis de contexto (CONT); práticas negativas (PR NEG) e problemas de comportamento infantis (PROBL). Estas habilidades e práticas parentais são analisadas em termos de conteúdo, ou seja, comportamentos referentes a esta classe de habilidades ou práticas que são apresentados pelos participantes na educação infantil ou são estimulados por estes na interação com seus filhos; e, em termos de frequência, qual a periodicidade da ocorrência destas classes de habilidades e práticas. O Total Positivo (TPOS) engloba a somatória dos itens de conteúdo e frequência das habilidades sociais educativas parentais (HSE-P), habilidades sociais da criança (HS), e variáveis de contexto (CONT); e o Total Negativo (TNEG) engloba a somatória dos itens de conteúdo e frequência das práticas negativas (PR NEG) e problemas de comportamento infantis (PROBL). Após a realização da entrevista, as respostas são classificadas em categorias comportamentais clínico, limítrofe e não clínico. Na presente pesquisa, os casos considerados como limítrofes foram incluídos na categoria clínica para fins de pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Etapa I – contato com as instituições de atendimento à saúde infantil

Inicialmente, foi estabelecido contato com os serviços de atendimento à saúde infantil na cidade de São Paulo/SP. Em todos os locais, a pesquisadora entrou em contato com os chefes das equipes de saúde, apresentou o projeto em reuniões agendadas pela equipe com o intuito de discutir e planejar a execução do mesmo em cada local. Após a aprovação das Instituições, cada equipe disponibilizou seus profissionais para colaborar com a implementação do projeto junto aos cuidadores das crianças atendidas em cada serviço.

Os locais foram frequentados semanalmente pela pesquisadora (no AGEF, a frequência foi de duas a três vezes durante a semana).

4.4.2 Etapa II – Levantamento das crianças menores de cinco anos nos locais de atendimento à saúde infantil na cidade de São Paulo/SP

Foram registrados os dados (nome, sexo, idade e diagnóstico) de todas as crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que estavam agendadas nas datas em que a pesquisadora frequentou as Instituições. Para conhecer o motivo da procura dos responsáveis dessas crianças a esses serviços foram investigadas as hipóteses de diagnóstico médico e a razão de os cuidadores trazerem seus filhos para o atendimento. Este levantamento foi efetuado a partir das informações prestadas pelas equipes, ou a própria pesquisadora, com a permissão dos profissionais de cada serviço, leu os prontuários de cada criança a fim de conhecer o diagnóstico médico e status do acompanhamento de cada paciente.

4.4.3 Etapa III – Planejamento e elaboração da intervenção (POP)

O POP foi desenvolvido a partir de programas de orientações de pais na abordagem da Análise do Comportamento publicados na literatura nacional, tais como o Programa de Qualidade da Interação Familiar (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2011), a intervenção em grupo para pais de Bolsoni-Silva (2007) e o programa estruturado para o treinamento de pais de Marinho (2005).

O POP foi estruturado em 10 sessões, semanais, de 90 minutos cada, com as seguintes temáticas (os objetivos e procedimentos empregados em cada sessão estão descritos no Apêndice D): (1) uma sessão de apresentação e instituição das normas de funcionamento dos encontros, (2) uma sessão de cunho psicoeducacional, na qual foram

abordados aspectos relativos à sibilância e asma e os cuidados de saúde pertinentes à prevenção do agravamento destas enfermidades; (3) oito sessões com enfoque preventivo, nas quais foram ensinadas e discutidas com os cuidadores habilidades sociais educativas que envolvem práticas parentais adequadas, focadas no desenvolvimento infantil saudável, e em estratégias de manejo para lidar com a condição de conviver e cuidar de crianças que necessitam de cuidados de saúde mais frequentes.

Cada sessão foi planejada para apresentar a seguinte estrutura: (1) 10 minutos de tolerância para eventuais atrasos dos participantes; (2) 15 minutos para discussão sobre como foi a execução da “tarefa para casa” (atividades que objetivam propiciar aos participantes oportunidades de praticarem e experienciarem os conteúdos abordados em cada sessão) durante a semana para cada cuidador; (3) 50 minutos para o desenvolvimento da atividade principal da sessão; (4) 15 minutos para combinar a “tarefa para casa” e possibilitar aos participantes oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas e relatar dificuldades referentes à participação na intervenção.

Na Figura 2 os objetivos, as atividades desenvolvidas e as tarefas para casa do POP estão descritos sucintamente.

Figura 2. Descrição resumida dos objetivos, das atividades e das tarefas para casa que compõem a estrutura do Programa de Orientação parental.

Sessão	Objetivos da sessão	Atividades desenvolvidas	Tarefas para casa
1	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitar informações básicas sobre o POP; - Construir vínculo entre o grupo e o terapeuta, bem como entre os membros do grupo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica de apresentação 2. Explicação sobre POP 3. Contrato grupal 	Pedir aos pais para anotarem suas observações acerca da ocorrência de crises de asma (crises de sibilância)
2	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o conteúdo sobre “Asma na infância: definição, tratamento e prevenção”; - Promover discussão sobre este tema entre os membros do grupo. 	Apresentação e discussão do conteúdo sobre “Asma na infância: definição, tratamento e prevenção”.	Pedir para os pais observarem, durante a semana, uma situação no qual se sentiram tristes e anotar o que aconteceu antes e depois.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir o conceito de que o comportamento humano é aprendido e mantido em função da relação indivíduo-ambiente; - Discutir sobre o processo de mudança. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leitura e discussão sobre causalidade do comportamento; 2. “Mudar para aprender”. 	Pedir às mães que identifiquem comportamentos (relacionados à educação dos filhos) que gostariam de mudar.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar e treinar com os participantes as HEP*: manter conversação; fazer e responder perguntas; expressar sentimentos positivos, dar e receber elogios, agradecer. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. “O corpo humano”; 2. “Dar e receber elogio” 	Pedir aos participantes que registrem (anotem) as situações em que expressam sentimentos positivos para o filho.

5	- Apresentar e treinar com os participantes as HEP: identificar comportamentos adequados emitidos pela criança e apresentar consequências positivas ao comportamento adequado do filho.	1. “Foco no erro” 2. Demonstrando aprovação pelo comportamento da criança: “A importância de elogiar”	Registrar e reagir positivamente aos comportamentos adequados emitidos pela criança durante a semana.
6	- Apresentação e treinamento das HEP: expressar sentimentos negativos, dar e receber críticas de conteúdo negativo; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas, admitir próprios erros, pedir desculpas.	1. Debate de um tema polêmico; 2. Fazer e recusar pedidos, admitir próprios erros, pedir desculpas.	Pedir aos participantes que registrem as situações durante a semana, nas quais expressaram sentimentos negativos aos filhos ou os criticaram por terem feito algo de que não gostaram.
7	- Identificar comportamentos inadequados no repertório dos filhos; - Apresentar e discutir com os pais o uso de estratégias para demonstrar desaprovação ao comportamento infantil inadequado. - Discutir a inadequação da aplicação de punição física e/ou verbal.	1. “Teatro pais e filhos”.	Registrar e demonstrar desaprovação, de acordo com as estratégias efetivas discutidas na sessão, aos comportamentos inadequados emitidos pela criança durante a semana.
8	- Discutir a importância de se estabelecer limites na educação infantil e apresentar e treinar as HEP: elaborar regras claras, consistentes e coerentes e demonstrar aprovação ou desaprovação ao comportamento infantil de seguir as regras dadas pelos pais.	1. “Quem vai para Paris?”; 2. “A instrução de uma tarefa”.	Pedir aos pais que observem durante a semana na interação com os filhos, três regras que estes costumam desobedecer e refletir se estas regras estão claras, coerentes e consistentes.
9	- Propiciar a auto-observação como pessoa antes de serem pais, dando ênfase para qualidades de cada um; - Estimular os pais a se perceberem como modelo de comportamento para seus filhos.	1. “Pessoa significativa da minha Infância”; 2. Leitura e discussão sobre modelo e exemplo para os filhos.	Registrar três comportamentos que os filhos apresentam e que os pais atribuem a um modelo que a criança esteja seguindo e descrever as razões desta escolha.
10	- Levantar e discutir com o grupo as maiores dificuldades que enfrentam ao aplicar na educação de seus filhos as estratégias treinadas no decorrer do POP; - Encerrar o grupo e avaliar alcance dos objetivos propostos.	1. Discussão sobre dificuldades encontradas 2. Avaliação do POP 3. Encerramento do grupo.	
**	- Apresentar e discutir com o grupo as maiores dificuldades que enfrentaram durante estes seis meses após o término da intervenção; - Reforçar com os participantes os princípios e estratégias ensinados, discutidos e treinados durante a intervenção.	1. Discussão sobre as dificuldades encontradas ao aplicar as estratégias de manejo do comportamento infantil. 2. Leitura e discussão do texto. 3. Encerramento.	

* HPE= Habilidades Educativas Parentais; ** Sessão de fortalecimento.

4.4.4 Etapa IV – Seleção dos participantes e realização das entrevistas de avaliação (avaliação pré-intervenção)

Os cuidadores que atenderam aos critérios de seleção para a pesquisa foram abordados enquanto estavam nas dependências dos equipamentos de saúde em dois momentos: antes ou após o atendimento médico; a eles foram explicitados os objetivos do POP, sua estrutura, duração e composição e eles foram convidados a participar da intervenção. Diante do aceite, foram registradas informações para contato posterior, a fim de agendar a entrevista de avaliação.

A pesquisadora entrou em contato com os participantes que aceitaram participar da intervenção e as entrevistas de avaliação foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada cuidador. Aqueles que compareceram à entrevista, receberam informações mais detalhadas sobre a pesquisa, as dúvidas que surgiram foram esclarecidas, o colaborador e a pesquisadora assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram aplicados os instrumentos de avaliação aos participantes.

Aos cuidadores com os quais não se conseguiu estabelecer contato pessoal ou por telefone, foram enviadas cartas pelo correio contendo informações sobre a pesquisa e solicitando aos pais que, em caso de interesse, entrassem em contato com a pesquisadora.

Os participantes entrevistados foram divididos em dois grupos, de acordo com a disponibilidade deles em comparecer às sessões do POP; os pais cujas disponibilidades coincidiram fizeram parte do GT e os cuidadores cujas disponibilidades eram diversas e inconciliáveis foram colocados em lista de espera para atendimento posterior (GC).

4.4.5 Etapa V – Estudo piloto

O estudo piloto foi desenvolvido, ao longo de três meses, com o intuito de refinar o método do estudo, especificamente no que tange ao formato e estrutura do POP; quatro mães compuseram o GT e duas mães o GC. Após a realização do estudo piloto, considerou-

se importante mudar a ordem das sessões de número 5 e 6 do POP, pois foi observado que as mães tiveram pouco tempo para treinar a habilidade de valorizar o comportamento infantil adequado. Inicialmente, o POP foi planejado para discutir e treinar as habilidades sociais educativas parentais e depois as estratégias educativas de manejo do comportamento infantil (reforçamento diferencial, uso de castigo e retirada de privilégios, dentre outros). Porém, as mães apresentaram dúvidas sobre como introduzir consequências positivas ao comportamento infantil adequado e, ao discutir e sanar estas dúvidas na sessão 6, a pesquisadora teve pouco tempo para desenvolver o conteúdo programado para este encontro. Deste modo, as sessões do POP foram estruturadas, após o estudo piloto, mesclando sessões com o objetivo de treinar habilidades sociais educativas parentais com sessões de manejo do comportamento infantil.

4.4.6 Etapa VI – Estudo final

No estudo final, foram realizados três grupos do POP com quatro cuidadores cada (n=12). Quatro participantes desistiram de participar do POP durante a intervenção. Os oito pais que concluíram o POP foram entrevistados novamente (pós-intervenção), ocasião na qual foram reaplicados os instrumentos.

Os participantes do GT foram convidados a participar de mais uma sessão de fortalecimento dos conteúdos aprendidos durante a intervenção e para mais uma entrevista de avaliação e acompanhamento dos resultados obtidos. Seis meses após o término da intervenção, foram realizadas a entrevista de seguimento e a sessão de fortalecimento com seis dos oito participantes do GT.

Todos os instrumentos foram aplicados e corrigidos pela pesquisadora com a colaboração de uma estagiária (aluna do quarto ano do curso de graduação em psicologia) que foi treinada e supervisionada pela pesquisadora.

Todas as sessões foram conduzidas pela pesquisadora e realizadas no Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Todos os participantes foram ressarcidos dos gastos com transporte para se locomover até a universidade. Para favorecer

a integração entre os participantes do POP foi oferecido um lanche após o término de cada sessão.

No que tange aos participantes do GC, estes foram entrevistados novamente (pós-intervenção) com intervalo de quatro a seis meses após a primeira avaliação. No encontro em que eles foram novamente entrevistados, após a reaplicação dos instrumentos, a pesquisadora forneceu algumas orientações sobre práticas educativas parentais mais adequadas e esclareceu dúvidas reportadas pelos pais sobre a educação de seus filhos. Sendo que alguns pais do GC concordaram em comparecer a outros encontros após a avaliação pós-intervenção e com estes participantes foram realizadas de uma a três sessões individuais de orientações pontuais.

A Figura 3 descreve de modo sucinto o procedimento adotado na presente pesquisa.

Figura 3. Esquema representativo das fases do procedimento de coleta dos dados da pesquisa.

5. CUIDADOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da USP em 01 de junho de 2012 (Número CAAE: 00579913.1.0000.5561 – Anexo A).

Os dados da pesquisa foram analisados de forma coletiva, preservando a confidencialidade da identidade de cada indivíduo. Todos os participantes foram convidados a participar da intervenção (POP). Os cuidadores alocados no Grupo Comparação, após a realização da entrevista de pós-intervenção, foram convidados a participar do POP, mas não puderam participar devido à indisponibilidade de tempo e horário para comparecer semanalmente aos encontros. Deste modo, a pesquisadora ofereceu a eles orientações sobre práticas educativas parentais em sessões individuais e agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante. Foram realizadas entrevistas devolutivas com todos os participantes de ambos os grupos (GC e GT), nas quais foram reportados aos pais os dados obtidos nas avaliações (instrumentos) pré e pós-intervenção.

Foi garantido para cada colaborador o direito de desistir da pesquisa quando desejasse. Para assegurar a todos os esclarecimentos referentes a qualquer aspecto do estudo, em todas as etapas do trabalho, a pesquisadora responsável explicitou sua disponibilidade em fazê-los.

A pesquisadora agendará encontros com as equipes de cada serviço de atendimento à saúde infantil colaborador da pesquisa, a fim de apresentar os resultados do estudo e colocar a intervenção (POP) à disposição dos profissionais para que este possa ser aplicado e incorporado à rotina de atendimento de cada serviço.

6. ANÁLISE DOS DADOS

O objetivo da análise foi comparar um possível efeito do tratamento (POP) em uma série de variáveis em dois grupos de participantes: o GT que participou do tratamento e o GC que foi apenas avaliado pelos instrumentos adotados no estudo.

Os dados obtidos foram analisados por meio de recursos da estatística e da informática propiciados pelo uso do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), em sua 20ª versão para o sistema operacional Windows. Sob a supervisão de um estatístico, foram empregadas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Para a análise dos dados do levantamento das crianças menores de cinco anos em quatro locais de atendimento à saúde infantil na cidade de São Paulo/SP, os resultados foram delineados a partir dos recursos da estatística descritiva, com descrição de números absolutos e porcentagens, de médias aritméticas e desvio padrão.

Para a análise dos dados do estudo final, cujo objetivo foi, como dito acima, comparar um possível efeito da intervenção psicológica (POP) em dois grupos, GT e GC, foram empregados recursos da estatística descritiva e estatística inferencial. Todas as variáveis obtidas a partir dos instrumentos aplicados – características sociodemográficas, Histórico de Saúde da Criança, problemas de comportamento das crianças (CBCL ½ a 5) e dos cuidadores (ASR) e as habilidades e práticas educativas dos cuidadores (RE HSE-P) – foram apresentadas com base nos recursos da estatística descritiva, com descrição de números absolutos, de médias aritméticas e desvio padrão, moda (valor que ocorre com maior frequência num conjunto de dados, isto é, o valor mais comum), mediana (valor numérico que separa a metade superior de uma amostra de dados, a partir da metade inferior), valores máximos e mínimos.

Para observar um possível efeito da intervenção psicológica sobre o GT em comparação ao GC, foram empregados os recursos da estatística inferencial. Devido ao pequeno tamanho da amostra, as variáveis foram comparadas individualmente (uma a uma e não em conjunto) com o uso de testes não paramétricos para cada comparação. Em todos os testes adotou-se o nível de significância de 5% ou o nível de probabilidade de 95% ($p <$

0,05) para a rejeição das hipóteses de nulidade. Foram realizadas comparações entre os dois grupos, assim como dentro de cada um deles, em dois momentos de avaliação: antes (pré) e após (pós) a intervenção para as seguintes variáveis: 1) problemas de comportamento das crianças (Escala de Problemas Internalizantes e Externalizantes do CBCL ½ a 5 anos); 2) problemas de comportamento dos cuidadores (Escala de Problemas Internalizantes e Externalizantes do ASR); 3) habilidades e práticas educativas parentais dos cuidadores, em termos de frequência e conteúdo (RE HSE-P): habilidades sociais educativas parentais, habilidades sociais da criança, variáveis de contexto, práticas negativas, problemas de comportamento infantil, Total Positivo e Total Negativo.

Para a comparação entre os grupos, foi empregado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, que é usado para a comparação de dois grupos independentes, enquanto que, para a comparação das variáveis dentro dos grupos, cada um deles teve seus resultados pré e pós de cada variável comparados entre si pelo teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.

O GT foi avaliado em três momentos: antes, após e seis meses depois do término da intervenção. Para analisar os dados de seguimento destes participantes, foram realizadas comparações entre os três momentos de avaliação deste grupo para cada variável por meio do teste não paramétrico de Friedman. Para identificar em qual momento de avaliação houve diferença significativa entre os valores de cada variável, o teste de Wilcoxon foi empregado, com o intuito de identificar em qual momento de avaliação as diferenças ocorreram.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está organizada em dois conjuntos de resultados, apresentados na seguinte sequência: 1) levantamento das crianças menores de cinco anos em quatro locais de atendimento à saúde infantil; 2) estudo final.

7.1 LEVANTAMENTO DAS CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE UM ANO E MEIO (18 MESES) A CINCO ANOS (60 MESES) EM QUATRO LOCAIS DE ATENDIMENTO À SAÚDE INFANTIL NA CIDADE DE SÃO PAULO/SP

Foram registrados os dados de todas as crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que estavam agendadas para as datas em que a pesquisadora frequentou as instituições de saúde.

Figura 4. Esquema representativo do levantamento de crianças e cuidadores realizado no presente estudo para compor a amostra.

De um contingente de 573 crianças, 185 e seus cuidadores atenderam aos critérios de seleção da amostra da presente pesquisa. Todos estes possíveis participantes foram

contatados pessoalmente, por telefone ou por carta pela pesquisadora, e foram convidados para participar do estudo. Quarenta e cinco cuidadores compareceram para a entrevista de avaliação (pré-intervenção), sendo que, deste total, seis mães compuseram o estudo piloto, 20 cuidadores desistiram de participar da pesquisa e 19 cuidadores compuseram a amostra do estudo final.

Os dados de sexo, idade e diagnóstico médico das 573 crianças que tinham atendimento médico agendado nos dias em que a pesquisadora esteve nesses locais de atendimento à saúde infantil estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Sexo e idade das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham atendimento agendado com a equipe de saúde em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.

Locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.										
Variável	HU		HC		CSE		AGEP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade										
Até 24 meses	06	20,6	11	16,4	70	50,7	118	34,8	205	35,7
36 meses	10	34,4	17	25,4	30	21,7	103	30,4	160	28
48 meses	09	31	24	35,8	19	13,8	87	25,7	139	24,3
60 meses	04	13,7	15	22,4	19	13,8	31	9,1	69	12
Média	39 (11,2)		43 (12,2)		34,8 (13,1)		36,8 (11,8)		37,2 (4,2)	
(desvio padrão)										
Sexo										
Feminino	10	34,5	31	46,3	62	44,9	151	44,5	254	44,3
Masculino	19	65,5	36	53,7	76	55,1	188	55,5	319	55,7
Total	29	100	67	100	138	100	339	100	573	100

O local com maior número de crianças nesta faixa etária foi o AGEP (339) e, com menor número, o HU e o HC, 67 e 29 crianças, respectivamente. A média de idade das crianças foi de 37,2 meses (desvio padrão de 4,2 meses). Foram encontradas mais crianças com idade de até dois anos (18 a 24 meses), e as menores de cinco anos foram as menos frequentes nos quatro locais. Quanto ao sexo destas crianças, em todos os locais o masculino foi o mais frequente.

Na Tabela 3 estão descritas as hipóteses diagnósticas das crianças com idade acima de um ano e meio e menores de cinco nos dos quatros locais de assistência à saúde infantil frequentados pela pesquisadora.

Tabela 3 - Hipóteses diagnósticas da equipe médica acerca do status da saúde das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham atendimento agendado com a equipe de saúde em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.

Hipótese de diagnóstico médico	HU		HC		CSE		AGEP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crises de sibilância	20	69	39	58,2	16	11,6	97	28,6	172	30
Problemas respiratórios	1	3,4	15	22,4	18	13	73	21,5	107	18,6
Consulta de rotina	0	0	1	1,5	44	31,9	6	1,8	51	8,9
Problemas digestivos	0	0	0	0	24	17,4	21	6,2	45	7,8
Asma	6	20,7	8	11,9	2	1,4	14	4,1	30	5,2
Problemas de desenvolvimento global	2	6,9	3	4,5	7	5,1	17	5	29	5,1
Problemas neurológicos	0	0	0	0	1	0,7	21	6,2	22	4
Anemia	0	0	0	0	8	5,8	7	2,1	15	2,6
Problemas cardíacos	0	0	0	0	3	2,2	12	3,5	15	2,6
Problemas de nutrição	0	0	0	0	6	4,3	5	1,5	11	2
Outros	0	0	1	1,5	9	6,5	66	19,5	76	13,2
Total	29	100	67	100	138	100	339	100	573	100

No HU (26 de 29) e no HC (47 de 67), a maioria das crianças tinha como problema de saúde crises de sibilância ou um possível diagnóstico de asma (em alguns casos, havia exames médicos específicos já realizados e que eram indicativos de que a criança, provavelmente, seria asmática) e estava em acompanhamento médico frequente (a periodicidade das consultas variava de acordo com a gravidade e frequência das crises de sibilância, mas transitavam em torno de dois a seis meses de intervalo), a fim de verificar a evolução do quadro e/ou do tratamento medicamentoso prescrito pela equipe médica. Condição semelhante foi observada em 35% das crianças do AGEp.

De modo geral, 30% (n = 172) das crianças apresentavam crises de sibilância, sendo que 18,6% (n = 107) apresentavam um problema de saúde relativo ao aparelho respiratório, tais como rinite alérgica, obstrução das vias aéreas superiores e pneumonias frequentes.

Constatou-se que da totalidade de 573 crianças com idade de 18 a 60 meses, 309 ou 53,8% apresentavam problemas respiratórios, incluindo crises de sibilância, asma e outros problemas de saúde do aparelho respiratório. O único serviço no qual estas enfermidades não foram as mais prevalentes foi o CSE, no qual 31,9% (n = 44) das crianças compareceram ao serviço para a equipe médica acompanhar como estava a evolução de seu desenvolvimento (consultas de rotina).

O predomínio significativo das enfermidades do aparelho respiratório como problema de saúde mais frequente entre as crianças deste levantamento é coerente com os estudos da literatura nacional, nos quais se reporta que na infância as afecções do aparelho respiratório são as causas mais prevalentes de adoecimento em crianças menores de cinco anos e de maior demanda dos serviços de saúde (Bianca et al., 2010; Caetano et al., 2002; Chong Neto, & Rosário, 2010). Ferrer (2009) realizou um levantamento da morbidade das internações de crianças de zero a nove anos, na cidade de São Paulo. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares em um banco de dados do SUS. Nos cinco anos do estudo, de 2002 a 2006, ocorreram 451.303 internações de crianças nesta faixa etária, com predomínio dos menores de um ano de idade (74%), seguido pelas crianças de um a quatro anos (16%), e constatou-se que as doenças respiratórias foram as principais causas de hospitalização, tanto no município de São Paulo como no Brasil. De acordo com estatísticas da OMS, em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, as afecções do aparelho respiratório são os problemas de saúde mais prevalentes na infância (Ministério da Saúde, 2012; Paranhos, Pina, & Melo, 2011; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012).

O mapeamento das crianças com um ano e meio a cinco anos de idade com consultas agendadas nos quatro locais de assistência à saúde infantil que acolheram a pesquisa propiciou a identificação de algumas características importantes referentes a esta população: o sexo mais prevalente entre as crianças foi o masculino, a faixa etária mais frequente foi a de 18 a 24 meses e os problemas de saúde mais apresentados pelos infantes foram as enfermidades do aparelho respiratório.

Dentre os quatro locais de assistência à saúde infantil onde os participantes foram recrutados, pôde-se observar singularidades em cada um, no que se refere ao atendimento oferecido pela equipe de profissionais e aos problemas de saúde das crianças. O HU era um ambulatório com o objetivo específico de acompanhamento e tratamento de problemas

respiratórios, sendo um médico pneumologista o responsável pelo atendimento de todas as crianças, tanto que neste serviço todos os problemas de saúde apresentados pelas crianças foram doenças do aparelho respiratório, tais como asma, bronquite e lesões nos pulmões devido a nascimento prematuro. No HC, o local frequentado pela pesquisadora foi o ambulatório de imunologia, no qual outros problemas de saúde infantil, além dos do aparelho respiratório, foram identificados, tais como dermatites, diversos tipos de alergia e outros problemas relativos à imunidade; o atendimento às crianças e suas famílias era efetuado por residentes supervisionados por médicos mais experientes (professores). O AGEP era um ambulatório estruturado para treinar os residentes da pediatria em atender, acompanhar e tratar diversos tipos de problemas de saúde da criança e do adolescente; os próprios residentes são os responsáveis pelo atendimento e são supervisionados por pediatras mais experientes. O CSE é uma Unidade Básica de Saúde com objetivos de atender a comunidade, ensinar e treinar os estudantes e residentes de diferentes profissões da área da saúde, sendo que a assistência à saúde infantil é focada no acompanhamento e tratamento de problemas de saúde relativos à infância e pré-adolescência (0 a 12 anos) e na promoção de saúde. Havia diversas enfermidades contempladas por este serviço e a implementação e experimentação de diversas ações e medidas com o intuito de salvaguardar o desenvolvimento infantil, tais como incentivo ao aleitamento materno, puericultura e campanhas de vacinação.

Problemas de saúde infantil de maior complexidade, tais como as DRCs e outras doenças crônicas, são atendidos em ambulatórios de pediatria, pneumologia, imunologia e outras especialidades médicas, enquanto que os problemas de menos complexidade são atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pela rede de atenção primária (Ministério da Saúde, 2002, 2012). A contextualização e a descrição das características de cada serviço de assistência à saúde infantil participante deste estudo ajudam a compreender e justificar os dados obtidos no levantamento de crianças com idade entre um ano e meio e cinco anos, pois era esperado que no HU, no HC e no AGEP fossem encontradas mais crianças com crises de sibilância ou diagnóstico de asma, visto que são problemas de saúde de maior complexidade e que demandam atendimento especializado. Nestes locais, estas crianças podem receber tratamento e supervisão mais adequados às suas necessidades.

Diante do modo de operacionalização do SUS, considera-se importante abordar as crianças com crises de sibilância e suas famílias em todos os possíveis locais de assistência à

saúde infantil, tanto nos dispositivos de atenção primária, quanto nos serviços de atendimento especializado. Nos locais de atenção primária, tais como as UBSs, é possível atingir as famílias que estão começando a experimentar prováveis dificuldades decorrentes deste problema de saúde infantil; enquanto que nos locais de atendimento especializado e de maior complexidade, tais como ambulatórios e hospitais, é possível encontrar as famílias que podem estar sofrendo prejuízos em seu funcionamento por vivenciar tais condições adversas. Quanto mais precoce for a identificação de fatores de risco, maior é a probabilidade de fortalecer os fatores de proteção e prevenir possíveis problemas de diferentes ordens e dimensões (American Psychological Association, 2014; Bayer et al., 2011; Coie et al., 1993; Gordon, 1997; Maia & Williams, 2005; Pesce et al., 2004).

Do contingente de 573 crianças com idade entre um ano e meio e cinco anos agendadas nos quatros serviços de pediatria, 202 apresentavam como problema de saúde crises de sibilância ou diagnóstico de asma e satisfaziam, em parte, os critérios de seleção dos participantes para o presente estudo. Deste total de participantes potenciais, 17 foram excluídos, pois 10 crianças tinham como cuidador principal avós ou pais com mais de 45 anos, cinco infantes eram filhos de pais com menos de 20 anos e dois estavam em atendimento psicológico em outro serviço. Assim, 185 crianças e seus cuidadores que atenderam aos critérios de seleção da amostra do estudo foram abordados pessoalmente, por telefone ou carta. Os dados de caracterização quanto a sexo e idade destas crianças, cujos cuidadores foram potenciais colaboradores da pesquisa, estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 - Sexo e idade das crianças na faixa etária de um ano e meio (18 meses) a cinco anos (60 meses) que tinham como problema de saúde crises de sibilância ou asma e cujos cuidadores atenderam aos critérios de seleção da amostra para o estudo em quatro locais de assistência à saúde infantil no município de São Paulo.

Assistência à saúde infantil no município de São Paulo.										
Variável	HU		HC		CSE		AGEP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade										
Até 24 meses	01	4,6	00	00	01	6,7	32	30	34	18,3
36 meses	05	20,7	09	22	04	26,7	37	34,5	55	29,7
48 meses	10	45,4	06	14,6	05	33,3	27	25,2	48	26
60 meses	06	27,3	26	63,4	05	33,3	11	10,3	48	26
Média	47,5 (10,1)		53 (10)		47,3 (11,4)		37,9 (11,8)		43 (12,8)	
(desvio padrão)										
Sexo										
Feminino	09	41	19	46,4	06	40	41	38,3	75	40,5
Masculino	13	59	22	53,6	09	60	66	61,7	110	59,5
Total	22	11,9	41	22,2	15	8,1	107	57,8	185	100

De modo geral, a faixa de idade mais prevalente foi a de três anos (29,7% de 185), porém observou-se um número equilibrado de crianças em todas as faixas de idade, sendo que, no HC, 26 das 41 crianças tinham em torno de cinco anos. A média da idade das crianças foi de 43 meses ou quatro anos incompletos, com desvio padrão de 12,8 meses. O sexo masculino foi o mais prevalente em todos os serviços de pediatria. O AGEP foi o serviço com maior número de crianças e cuidadores que atenderam aos critérios de seleção da amostra (107 ou 57,8%) e o CSE foi o local com o menor número (15 ou 8,1%).

De acordo com estatísticas do Ministério da Saúde (2002) e de organizações internacionais de pneumologia (GINA, 2010), um dos fatores de risco para o desenvolvimento da asma durante a infância é ser do sexo masculino. Observa-se que das 185 crianças que preencheram os critérios de seleção da amostra, 59,3% são do sexo masculino. Tal prevalência indica que estes infantes apresentam dois fatores de risco para o desenvolvimento de asma em idade escolar, a saber, sexo masculino e crises frequentes de sibilância (Bianca et al., 2010; Chong Neto & Rosário, 2010; Dariz & Rech, 2013).

Outra informação que merece destaque diz respeito à idade das crianças: observou-se um número equilibrado de crianças em todas as faixas de idade, com predomínio de crianças com idade acima de dois anos (81,7%). Segundo Freire et al. (2012) e Solé (2008), no primeiro ano de vida, a sibilância é um dos motivos de maior procura por atendimento médico em serviços de urgência. Nos locais de atendimento à saúde infantil participantes do estudo, a média de idade ficou acima de dois anos e a maioria das crianças (55,7%) apresentou idade variando de três a quatro anos, condição que sinaliza que tais crianças podem ter apresentado crises de sibilância no primeiro ano de vida e continuam a apresentá-las e/ou necessitam de um período maior de supervisão da equipe de saúde a fim de acompanhar a evolução do quadro. Ao verificar os prontuários médicos destas crianças e ao frequentar estes serviços de pediatria, a pesquisadora observou que grande parte das crianças frequentava o serviço desde o primeiro ano de vida. Supõe-se que estas famílias podem estar convivendo com este problema de saúde infantil há um tempo considerável da vida de seus filhos, em torno de dois a três anos.

Os dados referentes aos contatos estabelecidos com os interessados em participar do estudo encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5- Resultados dos contatos feitos pessoalmente, por telefone ou por carta, com os 185 cuidadores que atenderam aos critérios de seleção da amostra.

Situação na pesquisa	HU		HC		CSE		AGEP		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participantes da pesquisa	05	22,7	10	24,5	03	20	27	15,9	45	24,4
Pais não têm disponibilidade	08	36,4	18	43,5	05	33,3	13	12,1	44	23,7
Excluídos	04	18,2	05	12,2	03	20	25	23,3	37	20
Não foi localizado	01	4,5	05	12,3	04	26,7	20	28,1	30	16,3
Pais não têm interesse	0	0	01	2,4	0	0	18	16,9	19	10,2
Desistentes	04	18,2	02	5	0	0	04	3,7	10	5,4
Total	22	100	41	100	15	100	107	100	185	100

Ao serem convidados a participar da presente pesquisa, 44 (23,7%) cuidadores alegaram que não tinham disponibilidade para participar do atendimento psicológico. As justificativas declaradas estavam relacionadas à: a) período de trabalho: muitos trabalhavam o dia todo, inclusive aos sábados, e alegaram que quando não estavam no trabalho precisavam cuidar da casa, comparecer a outros compromissos e ficar mais tempo com os filhos; b) muitos cuidadores, principalmente do HC, residiam em outras cidades distantes de São Paulo (por exemplo, uma mãe era do Estado do Maranhão e vinha para São Paulo só para a consulta médica) e não tinham condições de vir a São Paulo toda semana; c) quatro mães eram donas de casa, tinham disponibilidade, mas estavam grávidas e tinham que se dedicar integralmente aos cuidados com o bebê que iria nascer. Todos os cuidadores que alegaram indisponibilidade para participar do estudo relataram estar interessados, mas não tinham como mudar suas rotinas a ponto de administrar mais este compromisso.

Dez pais (5,4%) demonstraram interesse em participar do estudo, sendo que alguns chegaram a agendar a entrevista de avaliação, mas ao serem convocados pela pesquisadora, declararam que prefeririam desistir de participar, pois avaliaram melhor seus compromissos e sua rotina e concluíram que não tinham condições de assumir mais esta tarefa.

Deste modo, dos 185 cuidadores convidados para a pesquisa, 30,1% (n = 54) alegaram não ter disponibilidade para participar em função de uma rotina repleta de compromissos relativos a trabalho, cuidados com a família, estudos e dificuldade de deslocamento. Realmente, em uma cidade de grandes proporções como São Paulo, o deslocamento pode ser complexo, dificultoso e demandar muito tempo, condições que

inviabilizam a participação de muitos destes pais, pois muitos trabalham o dia todo e levam de duas a três horas para se deslocar do trabalho para casa e vice-versa. Ademais, quase todos os cuidadores eram mães, que trabalhavam, eram as principais cuidadoras da criança, as responsáveis por levar e buscar a criança na creche e/ou escola, por administrarem os cuidados com a casa e afirmaram que estas tarefas e funções inviabilizavam a participação delas no POP.

Por outro lado, 19 pais ou 10,2% declararam que não tinham interesse em participar da pesquisa e justificaram que no momento não consideravam necessária a ajuda de um profissional da psicologia para conduzir a educação de seus filhos. Trinta e sete cuidadores ou 20% reportaram interesse em participar, agendaram entrevistas de avaliação com a pesquisadora de acordo com a disponibilidade que lhes era conveniente, porém não compareceram às entrevistas. Quando a entrevista foi agendada e o cuidador não compareceu, a pesquisadora entrou em contato e agendou novamente outra entrevista. Se o cuidador não compareceu novamente, ele foi excluído do estudo. Deste modo, estes 19 cuidadores foram excluídos do estudo, pois faltaram a duas entrevistas sem apresentar justificativas ou avisar antecipadamente a ausência nas duas ocasiões.

Em alguns casos, a pesquisadora não conseguiu abordar pessoalmente os cuidadores, pois alguns faltaram às consultas médicas e outros não foram localizados nas dependências dos serviços de pediatria. Sendo assim, os dados de endereço e telefone destes cuidadores foram obtidos pela pesquisadora no prontuário médico ou no sistema de cadastro de cada serviço. Eles foram contatados via telefone, mas os números não atendiam ou não existiam; foram enviadas duas cartas para o endereço obtido descrevendo informações acerca do atendimento psicológico oferecido e com endereço, telefone e *e-mail* de contato da pesquisadora, porém em nenhuma destas tentativas houve retorno. Deste modo, com 30 ou 16,3% dos cuidadores, não foi possível checar o interesse deles em participar do estudo.

Dos 185 cuidadores que poderiam ser participantes do estudo, apenas 45 (24,4%) compareceram para a entrevista de avaliação no IPUSP. Um aspecto importante a ser ressaltado é que o POP tem um enfoque preventivo e os pais foram convidados a participar da intervenção psicológica, ou seja, eles não procuraram voluntariamente este atendimento ou foram encaminhados por outros serviços, eles foram incitados a participar e esta contingência pode não favorecer o envolvimento deles de modo efetivo, uma vez que podem considerar que não precisam deste tipo de intervenção e não se sentir motivados a

participar. Considera-se que uma das dificuldades do estudo foi o recrutamento de participantes, visto que em dois anos de abordagem a 185 cuidadores, apenas 24,4% compareceram para a entrevista de avaliação. Esta dificuldade em angariar pacientes para participar de intervenções com caráter preventivo também foi relatada por Melo (2003), Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008) e por Peterson et al. (2003).

Destaca-se novamente que 45 pais compareceram para a entrevista de avaliação (pré-intervenção), sendo que desta amostra seis mães fizeram parte do estudo piloto e os demais cuidadores do estudo final (n=39). Considerou-se pertinente a apresentação dos dados referentes apenas ao estudo final, uma vez que o estudo piloto foi realizado com o intuito de aprimorar e refinar o método da presente pesquisa e da intervenção.

7.2 ESTUDO FINAL

7.2.1 Estudo final: características sociodemográficas da amostra

Todos os cuidadores (n = 45) que compareceram para a entrevista de avaliação foram convidados para participar dos grupos do POP, porém vinte desistiram da participação no estudo alegando indisponibilidade devido a motivos diversos, tais como mudança de emprego e consequente mudança de carga horária, nascimento de outro filho, pais que estavam desempregados e conseguiram ser contratados, dentre outras razões. Onze cuidadores não tinham condições de comparecer com frequência regular aos encontros do POP e foram alocados para o GC. Estes foram entrevistados novamente (pós-intervenção) com intervalo de quatro a seis meses após a primeira avaliação.

O GT foi composto de oito participantes, sendo seis mães e um casal e o GC foi composto de onze participantes, sendo sete mães, dois pais e um casal. Ressalta-se que um casal participou do GT e do GC, isto é, a mãe participou do GT e o pai do GC. As características sociodemográficas de cada participante nos dois grupos estão descritas na Tabela 6.

Tabela 6 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo final (alocados em GT e GC).

Participantes	Sexo	Idade	Sexo cça.	Idade cça	Escolaridade	Estado civil	Nº filho	Renda familiar
Grupo Tratamento								
PT1 - Pai*	M	38	F	3	Superior	Casado	2	4500,00
PT2 - Mãe*	F	31			Superior	Casado	2	4500,00
PT3 - Mãe	F	37	M	2	Médio	Casado	1	1400,00
PT4 - Mãe	F	28	M	3	Fund.Incom.	Casado	2	1600,00
PT5 - Mãe	F	41	F	3	Fundament.	Casado	3	2500,00
PT6 - Mãe	F	27	M	3	Médio	Casado	2	1500,00
PT7 - Mãe	F	31	F	4	Médio	Casado	1	1500,00
PT8- Mãe**	F	31	M	3	Médio	Amasiado	1	900,00
Grupo Comparação								
PC1 - Mãe	F	35	M	3	Médio	União est.	2	3000,00
PC2 - Mãe	F	44	M	4	Sup. Incom.	Casado	2	2800,00
PC3 - Mãe	F	34	M	3	Médio	Amasiado	1	690,00
PC4 - Mãe	F	27	F	3	Médio	Solteiro	1	2000,00
PC5 - Mãe	F	38	M	4	Fund.Incom.	Casado	2	2000,00
PC6 - Mãe	F	36	M	4	Médio	União est.	1	1500,00
PC7 - Pai	M	34	M	3	Fund.Incom.	Amasiado	1	1000,00
PC8 - Pai**	M	36			Médio	Amasiado	1	3000,00
PC9 - Pai***	M	27			Médio	Casado	2	4000,00
PC10 - Mãe***	F	24	F	2	Médio	Casado	2	3000,00
PC11 - Mãe	F	29	M	2	Pós-gradua.	Casado	1	5000,00

*Os participantes são casados e pais da mesma criança; ** Os participantes são casados e pais da mesma criança; ***Os participantes são casados e pais da mesma criança; M- masculino; F- feminino; Renda familiar em reais (R\$).

No GT, a idade dos participantes variou de 27 a 41 anos (média de 33 anos e desvio padrão de 5 anos) e no GC entre 24 e 44 anos (média de 33,1 anos e desvio padrão de 5,8 anos); as mães foram as participantes mais prevalentes nos dois grupos; a escolaridade mais frequente em ambos os grupos foi o ensino médio; todos os oito participantes do GT eram casados e, no GC, apenas uma mãe era solteira e os demais participantes casados ou possuíam um companheiro; quanto ao número de filhos, no GT, quatro participantes tinham dois filhos, três apenas um filho e uma mãe tinha três filhos, já no GC, cinco pais tinham dois filhos e seis apenas um filho; a renda familiar no GT variou de R\$4500,00 a R\$900,00 (média de R\$2300,00, desvio padrão de R\$1427,30 e moda de R\$1500,00) e, no GC, variou de R\$5000,00 a R\$690,00 (média de R\$2544,50, desvio padrão de R\$1278,40 e moda de R\$3000,00).

As mães foram as colaboradoras mais frequentes no estudo, tanto no GT, quanto no GC. Apesar de o GC ter um pai como participante e do envolvimento de três casais em

ambos os grupos, as mães, sem a colaboração dos pais das crianças, representaram 2/3 da amostra. Considera-se que, no contexto da presente pesquisa, observou-se um envolvimento maior das mães na educação de seus filhos, pois elas aceitaram participar de uma intervenção psicológica com o objetivo de discutir e refletir acerca da educação infantil e ao serem questionadas sobre a possível participação do pai da criança, elas declararam que estes não aceitariam participar, devido à falta de interesse, indisponibilidade ou por considerar que isto é papel da esposa ou companheira e não deles. A predominância de mães como participantes de grupo de orientação parental também foi reportada por Marinho e Silves (2000), Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008), Fernandes, Luiz, Miyazaki e Marques Filho (2009).

No que se refere ao número de filhos e estado civil dos cuidadores, as configurações de famílias dos participantes nos dois grupos apresentaram semelhanças em alguns aspectos: metade deles eram jovens, pais de “primeira viagem” e que dividiam a responsabilidade de educar a criança com um companheiro(a); os demais eram mais maduros, em termos de idade e experiência no papel de pais e mães, pois tinham dois filhos (apenas uma mãe do GT tinha três filhos) e também compartilhavam com um companheiro(a) a responsabilidade de cuidar dos infantes (apenas uma mãe do GC se declarou solteira).

Em ambos os grupos, a escolaridade mais frequente entre os pais foi a do ensino médio (11 anos de estudo). Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013 (IBGE, 2014), a escolaridade dos brasileiros apresenta uma média aproximada de 7,7 anos. Deste modo, grande parte dos cuidadores da presente amostra apresentou um grau de escolaridade superior à média nacional.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), as classes sociais no Brasil podem ser definidas com base no número de salários-mínimos por família³. Com base no relato dos cuidadores acerca de suas rendas familiares, em termos de média, ambos os grupos são compostos de famílias da classe D.

Em relação às crianças, no GT foram sete crianças (um casal foi participante): quatro meninos e três meninas, com idade entre dois e quatro anos (média de 3 anos, desvio

³ São propostas cinco faixas de renda ou classes sociais: Classe A - acima de 20 salários-mínimos (sm); Classe B - de 10 a 20 sm; Classe C - de 4 a 10 sm; Classe D - 2 a 4 sm; e Classe E - 2 sm, tendo como base o ano de 2014, no qual o valor do salário-mínimo era de R\$725,00.

padrão de 0,5 ano e moda de 3 anos); no GC foram nove crianças (um casal foi participante e um dos pais era casado com uma mãe do GT): sete meninos e duas meninas, com idade entre dois e quatro anos (média de 3 anos, desvio padrão de 0,8 ano e moda de 3 anos). Como era esperado, observou-se um número maior de infantes do sexo masculino nos dois grupos, pois o sexo masculino é o mais prevalente entre as crianças que apresentam crises de sibilância na primeira infância (Chong Neto & Rosário, 2010; Freire et al., 2012; GINA, 2010; Medeiros et al., 2011).

Outros dados sociodemográficos da amostra: 1) religião: no GT, quatro pais se declararam evangélicos, dois católicos, uma mãe como sendo espírita e um pai disse que não possuía religião, enquanto, no GC, sete pais reportaram que eram católicos e quatro evangélicos; 2) profissão: no GT, quatro mães eram empregadas domésticas ou diaristas, uma mãe era comerciante, uma mãe era cabeleireira, uma era nutricionista e um pai era eletrotécnico, já no GC, três mães eram empregadas domésticas ou diaristas, três eram vendedoras, três eram auxiliares de serviços gerais, uma mãe era secretária e uma mãe era professora; 3) ocupação: no GT, quatro mães eram donas de casa, ou seja, não estavam empregadas, uma mãe trabalhava como cabeleireira em seu próprio estabelecimento comercial, uma mãe era diarista, outra trabalhava como empregada doméstica e o único pai participante trabalhava como eletrotécnico, enquanto, no GC, todos os participantes estavam trabalhando, sendo três mães como empregadas domésticas, três pais como vendedores, três pais como auxiliares de serviços gerais, uma mãe como secretária de uma escola e uma mãe como professora de uma escola particular; 4) local de residência: no GT, todos os pais residiam na cidade de São Paulo e, no GC, seis pais moravam na cidade de São Paulo e cinco em cidades da região metropolitana de São Paulo (Taboão da Serra, Osasco e Cajamar).

No GT, quatro mães eram donas de casa e duas possuíam uma rotina com horários mais flexíveis, pois elas mesmas agendavam seus compromissos (uma era cabeleireira e trabalhava em seu próprio salão e a outra era diarista); enquanto que, no GC, todos os cuidadores trabalhavam. Deste modo, a rotina de horários mais flexíveis dos participantes do GT pode ter contribuído para o engajamento destes indivíduos na intervenção psicológica, condição que não foi observada nos membros do GC. Estes possuíam rotinas com horários mais definidos, que dependiam da carga horária de seus respectivos trabalhos.

7.2.2 Estudo final: Histórico de Saúde da Criança

No que tange aos dados obtidos a partir do instrumento Histórico de Saúde da Criança, procurou-se investigar a rotina de cuidados destes pais em relação ao problema de saúde de seus filhos, a saber, as crises de sibilância. Foram questionados aspectos referentes ao uso da medicação, quantas vezes por ano estes pais levavam as crianças aos serviços de saúde, se estes infantes já tinham sido hospitalizados e outras informações consideradas relevantes para o estudo.

Quanto ao local de atendimento, no GT, três crianças eram acompanhadas e atendidas pela equipe de saúde do HC, três pela equipe do AGEF e uma pela do CSE; enquanto no GC sete crianças eram acompanhadas pelo serviço do AGEF, duas atendidas no HC, uma criança no HU e uma no CSE.

No GT, sete pais responderam que os médicos declararam que seus filhos tinham “asma” e uma mãe disse que seu filho nasceu prematuro e apresentava imaturidade pulmonar, condição que o tornava vulnerável a desenvolver problemas respiratórios. No GC, quatro pais reportaram que seus filhos foram diagnosticados pelos médicos como tendo “asma”, quatro pais responderam que seus filhos tinham “bronquite” e três declararam “bronquiolite”.

Os relatos de algumas participantes contradizem as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012), a qual afirma não ser possível definir o diagnóstico de asma para crianças lactantes e pré-escolares (0 a 5 anos). Nesta faixa etária, o diagnóstico deve ser baseado principalmente em aspectos clínicos, pois há dificuldades de se obter medidas objetivas que o confirmem. Deste modo, é surpreendente constatar que tanto no GT, quanto no GC, o relato de grande parte dos pais é de que seus filhos foram diagnosticados com asma pelos médicos, tanto que os próprios médicos informaram isto para essas famílias. O fato destes pais terem sido informados de que seus filhos já são asmáticos pode indicar diferentes possibilidades: uma delas seria de que estas crianças foram avaliadas clinicamente por meio de exames e observações e apresentaram indícios suficientes de asma ou os médicos podem usar este termo cotidianamente, a fim de esclarecer para os pais o problema de saúde de seus filhos, apesar deste diagnóstico não estar estabelecido. Ademais, os estudos sobre crianças com crises de sibilância destacam a

importância do acompanhamento regular destes indivíduos pelos serviços de saúde e ao informar as famílias de que seus filhos já são asmáticos, esta condição pode favorecer em alguma medida a adesão ao tratamento, uma vez que os pais podem se mostrar mais preocupados com a informação de que seu filho tem um problema de saúde (Barros & Santos, 1999; Bianca, Wandalsen, & Solé, 2010; Ferrer, 2009).

As mães participantes do estudo reportaram que são elas as responsáveis pela rotina e cuidados relativos ao problema de saúde da criança e os pais colaboradores do estudo afirmaram que auxiliam suas esposas, mas também são elas as responsáveis por zelar e executar as prescrições da equipe de saúde acerca do tratamento das crises de sibilância. Segundo dados da literatura nacional, geralmente, são as mães que se envolvem mais no processo de tratamento de problemas de saúde das crianças, indo com mais frequência às consultas e interagindo com a equipe de saúde (Castro & Piccinini, 2002; Freire et al., 2012; Krats et al., 2009). É habitualmente sobre elas que recai também grande parte da responsabilidade pelos cuidados da saúde da criança, como, por exemplo, vacinação, idas periódicas ao pediatra, administração e aplicação das prescrições médicas (medicamentos, restrições alimentares etc.) (Lima, 2005; Piccinini et al., 2003; Santos, 1998; Silver et al., 1998). De acordo com Castro e Piccinini (2004), os pais envolvem-se pouco na rotina de cuidados da criança, como consultas médicas e hospitalizações. Geralmente, ficam responsáveis por prover sustento familiar e delegam estas funções para as mães.

Quanto ao uso regular de medicação por estes infantes, no GT as sete crianças cujos pais foram participantes, faziam uso diário de medicação; já no GC, das nove crianças avaliadas, cinco ingeriam medicação diariamente e quatro usavam a medicação quando apresentavam crises de sibilância ou quando apresentavam sinais de resfriado (coriza, espirros frequentes e tosse). No que se refere à administração desta medicação, no GT, seis crianças recebiam a medicação duas vezes ao dia e uma apenas uma vez ao dia; enquanto no GC, das cinco crianças que usavam medicação diariamente, três recebiam duas vezes ao dia e duas apenas uma vez ao dia.

No GT todas as sete crianças já tinham sido hospitalizadas em algum momento de suas vidas e no GC, seis já tinham ficado hospitalizadas e três não precisaram de internação, mas ficaram em observação no pronto-socorro por no mínimo 12 horas. Ressalta-se que as hospitalizações e/ou períodos de observação de todas estas crianças tiveram como motivo

as crises de sibilância, sendo que sete infantes precisaram ser assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Estudos apontam que a hospitalização durante a infância, especialmente nos primeiros anos de vida, é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento infantis (Barros, 1998; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012). De acordo com Anselmi, Piccinini, Barros e Lopes (2004), em um estudo longitudinal que acompanhou e avaliou parâmetros do desenvolvimento infantil em centenas de crianças em uma cidade do Rio Grande do Sul, o fator de risco individual mais associado aos problemas de comportamento infantis foi o número de hospitalizações durante os primeiros anos de vida. Sendo assim, as crianças avaliadas no estudo também podem apresentar maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento, uma vez que elas e suas famílias já vivenciaram a experiência da hospitalização.

Outras informações relevantes investigadas junto aos cuidadores quanto ao histórico de crises de sibilância de seus filhos estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7 - Dados acerca da idade da primeira hospitalização, de idas ao médico por ano e da frequência das crises de sibilância das crianças cujos pais foram participantes do estudo.

Grupo	Comparação					Tratamento				
	Média	Máx.	Mín.	DP	Moda	Média	Máx.	Mín.	DP	Moda
Idade* da primeira hospitalização	7,3	23	1	7,6	1	10,1	24	1	7,2	6
Idas ao médico por ano	8,7	17	2	5,5	12	8,9	20	5	5,2	5
Idade* da primeira crise	11,7	24	1	8,2	8	11,6	24	2	6,9	15
Última crise	4,5	11	1	4,3	1	3,1	8	1	2,9	1
Crises por ano	5,3	10	1	2,6	3	5,8	10	2	2,4	5

*Idade em meses; DP= desvio padrão.

No GC, a idade da primeira hospitalização dentre as seis crianças que já tinham sido internadas variou de 1 a 23 meses e, no GT, variou de 1 a 24 meses. Os pais do GC relataram que levavam seus filhos ao médico (pediatra, pneumologista, imunologista) em torno de 8,7 vezes (em média) por ano e semelhante número (8,9 em média) foi observado no GT. A idade na qual as crianças do GC tiveram a primeira crise de sibilância variou de um a 24 meses e no GT variou entre dois e 24 meses. A última vez em que as crianças tiveram uma crise de sibilância foi em torno de quatro meses (em média) antes da data da entrevista tanto no GT, quanto no GC. As crianças de ambos os grupos apresentavam, em média, cinco

crises de sibilância por ano, sendo que pelo menos uma delas em cada grupo teve dez crises por ano. Quanto a restrições de atividades na rotina da criança impostas pela equipe médica apenas duas crianças do GT não podiam correr ou pular ou brincar de jogos movimentados, pois corriam o risco de ter crises de sibilância deflagradas por estas atividades.

Com base nas informações sobre o Histórico de Saúde das Crianças, parece que os infantes do GT, quando comparados com os do GC, exigem mais cuidados e supervisão de seus pais, uma vez que todos usam medicação diariamente, já estiveram hospitalizados e dois possuem restrições de atividades ordenadas pela equipe de saúde. Estes cuidados frequentes, além dos básicos e recomendados, com a saúde das crianças implicam em uma rotina intensa de compromissos parentais, pois estes cuidadores precisam supervisionar e/ou administrar medicações para as crianças diariamente, ficar atentos aos sinais de prenúncio de um episódio de sibilância e levar seus filhos, pelo menos a cada dois meses, ao médico ou aos serviços de saúde. Estudos apontam que estes pais podem se sentir mais sobrecarregados e estressados quando comparados com pais de crianças saudáveis e estas contingências de supervisão constante e vigilante, de uma rotina intensa de cuidados, podem interferir na qualidade da interação familiar e favorecer o desenvolvimento de problemas de comportamento infantis (Barros & Santos, 1999; Bauman et al., 1997; Castro & Piccinini, 2004; Krats et al., 2009; Murdock et al., 2009; Piccinini et al. 2003; Roberts & Steele, 2009; Straub, 2012; Silver et al., 1998).

Um dos objetivos do estudo foi investigar os fatores de risco relacionados a práticas parentais em crianças com crises de sibilância e um dos instrumentos aplicados para sondar tais fatores foi o “Histórico de Saúde da Criança”. De acordo com as informações obtidas e com base na literatura, parece que os pais da presente amostra vivenciam uma rotina de cuidados mais intensa em termos de tarefas e vigilância quando comparados com cuidadores de crianças saudáveis, principalmente os membros do GT, pois precisam administrar medicações diárias em seus filhos, levá-los com frequência ao médico e ficar atentos a qualquer sinal de alterações na respiração e rotina de suas crianças. Tais contingências podem alterar a qualidade da interação entre pais e filhos e dificultar em alguma medida as práticas educativas empregadas pelos pais. Por exemplo, a tarefa de administrar a medicação diariamente para a criança tem que ser lembrada e executada de modo apropriado e em muitas ocasiões a criança pode não colaborar prontamente. O manejo de tal situação depende de muitos fatores, mas é importante que os pais se

mostrem firmes e deem a medicação, pois disso depende o bem-estar da criança e muitos pais podem apresentar dificuldades em realizar tal empreitada. Ademais, o uso de práticas educativas inadequadas, tais como monitoria negativa, punição inconsistente, disciplina relaxada, podem favorecer o desenvolvimento de problemas de comportamento infantis (Gomide, 2004; Gomide et al., 2006; Krats et al., 2009; Patias et al., 2013; Piccinini et al., 2003; Pinheiro et al., 2006).

Foi investigado junto aos pais se um parente consanguíneo (pais, avós e/ou irmãos) da criança apresentava problemas respiratórios e a resposta foi afirmativa para todos os participantes, sendo que, no GC, cinco crianças tinham parentes próximos que apresentavam asma, três tinham bronquite e dois sofriam de rinite alérgica; enquanto no GT quatro crianças tinham parentes próximos com quadro de asma e três apresentavam rinite alérgica. O uso regular de cigarro por parte dos cuidadores participantes também foi investigado e apenas dois pais do GC fumavam frequentemente, os demais não. O histórico familiar positivo para problemas respiratórios, principalmente o histórico parental de asma, é um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de crises de sibilância e posterior desenvolvimento de asma na idade escolar (Bianca et al., 2010; Freire et al., 2012; GINA, 2010; Medeiros et al., 2011; Solé, 2008).

7.2.3 Estudo final: problemas de comportamento dos pais (ASR)

Um dos objetivos do estudo foi avaliar os problemas de comportamento dos cuidadores participantes antes e após o POP, tanto para os colaboradores do GT, quanto para os do GC. Para tal finalidade foi aplicado o ASR e duas escalas fornecidas por este inventário foram analisadas, a saber, a escala de problemas internalizantes e externalizantes. Os escores destas duas escalas obtidos pelos participantes antes e após a intervenção estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Valores dos resultados dos escores (escore T) em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do Grupo Tratamento e do Grupo Comparação referentes às escalas do ASR de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Valores	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Moda
Grupo Tratamento					
Internalizantes					
Pré	62,3	7	73	53	59
Pós	59,1	8,8	68	62	42
Externalizantes					
Pré	54,1	10,8	69	38	38
Pós	53,6	8,1	63	38	52
Grupo Comparação					
Internalizantes					
Pré	57,5	13,1	83	35	60
Pós	53,8	11	76	32	56
Externalizantes					
Pré	49,5	16,3	63	46	63
Pós	50	16,6	63	46	46

Os participantes do GT apresentaram escores maiores em termos de média quando comparados com o GC para as duas escalas do ASR, problemas internalizantes e externalizantes e ambos os grupos apresentaram escores mais altos para problemas de comportamento internalizantes (Tabela 8). Notou-se que há uma grande variação de valores dos escores dentre os participantes de cada grupo devido aos valores altos do desvio padrão (8,1 a 16,6), principalmente no GC (11 a 16,6).

Em relação à classificação destes escores em problemas de comportamento considerados clínicos e não clínicos, as classificações obtidas pelos participantes nos dois grupos estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9 - Classificação dos escores dos participantes dos grupos GT e GC nas escalas de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes do ASR.

Grupo	Tratamento				Comparação			
	Internalizantes		Externalizantes		Internalizantes		Externalizantes	
Classificação	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Não clínico	4	3	6	6	6	9	8	8
Clínico	4	5	2	2	5	2	3	3
Total de participantes	8	8	8	8	11	11	11	11

Observa-se que quatro pais do GT obtiveram escores considerados clínicos na escala de problemas internalizantes na avaliação pré-intervenção e este número subiu para cinco no momento pós-intervenção; no GC, cinco pais apresentaram escores clínicos no momento pré e na avaliação pós-intervenção este número caiu para dois. Na escala de problemas externalizantes, no GT tanto na avaliação pré-intervenção, quanto na pós, apenas dois pais obtiveram escores classificados como clínicos e, no GC, o número de três pais com escores clínicos permaneceu constante na avaliação pré e pós-intervenção.

Com o intuito de avaliar diferenças entre os grupos no que tange a problemas de comportamento dos cuidadores, os escores das duas escalas – problemas internalizantes e externalizantes – do ASR nos dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção, foram comparados através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 10 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do ASR: problemas internalizantes e externalizantes, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	Z	Valor de p*
Internalizantes Pré	Comparação	11	8,86	31,500	-1,034	0,320
	Tratamento	8	11,56			
	Total	19				
Externalizantes Pré	Comparação	11	10,14	42,500	-0,124	0,920
	Tratamento	8	9,81			
	Total	19				
Internalizantes Pós	Comparação	11	8,55	28,000	-1,323	0,198
	Tratamento	8	12			
	Total	19				
Externalizantes Pós	Comparação	11	10,73	36,000	-0,664	0,529
	Tratamento	8	9			
	Total	19				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Destaca-se que nenhum dos dois grupos apresentou diferenças quanto a problemas de comportamento nas duas escalas do ASR – problemas internalizantes e externalizantes – nos dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção. Isto é, os grupos, de modo geral, mantiveram escores estáveis quanto aos aspectos avaliados, sendo que os pais do GT apresentaram escores (em média) um pouco mais elevados para problemas de comportamento quando comparados com os do GC, particularmente na escala problemas internalizantes. Tais descrições podem ser mais bem visualizadas na Figura 5, na qual são apresentados gráficos de diagramas de caixas e bigodes (*box split*) que mostram os valores máximos, a mediana (traço do meio mais forte) e os valores mínimos dos escores obtidos pelos participantes do GT e do GC nas duas escalas do ASR nos dois momentos de avaliação. As linhas em vermelho nos gráficos indicam o ponto de corte para a classificação “clínica” dos escores em cada variável.

Figura 5. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC nas duas escalas de problemas do ASR – internalizantes e externalizantes – nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Na escala de problemas de comportamento internalizantes, observou-se uma grande variação dos escores nos dois grupos, sendo que há uma diminuição dos valores máximos e mínimos na avaliação pós-intervenção. Quanto à escala de problemas de comportamento externalizantes, os escores tenderam a permanecer estáveis nos dois grupos. No GC, houve três participantes que apresentaram valores de escores destoantes dos demais, os chamados *outliers*; tais valores destoantes podem influenciar os valores médios da amostra,

principalmente, em amostras pequenas como as obtidas no presente estudo. O participante do GC identificado como número 11 na Figura 5 apresentou escores mais elevados de problemas internalizantes comparado com os demais e os membros identificados como número 17 e 12 apresentaram escores de valores menores que os demais. Ainda quanto ao GC, na escala externalizantes, o participante identificado como número 17 apresentou escores bem menores que os demais.

Destaca-se que, em ambos os grupos, os cuidadores obtiveram escores considerados clínicos para problemas de comportamento nas duas escalas avaliadas. Dados da literatura indicam que problemas de comportamento dos pais são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento infantis (Anselmi et al., 2004; Maia & Williams, 2005; Pesce et al., 2004; Peterson et al., 2003; Reppold et al., 2002). Gomide et al. (2006) destacam que a literatura sobre esta temática tem apontado uma correlação positiva entre depressão e estresse e as práticas educativas negativas de negligência, abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada e monitoria negativa.

Para observar se houve mudanças nos escores dentro de cada grupo, isto é, para observar se os escores dos participantes apresentaram alterações em relação ao primeiro momento de avaliação, cada grupo teve seus resultados comparados entre si pelo teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon. Os dados desta análise estão descritos na Tabela 11.

Tabela 11 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do ASR: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.

Grupo	Internalizantes (Pós – Pré)		Externalizantes (Pós – Pré)		N
	Z	Valor de p*	Z	Valor de p*	
Tratamento	-1,661	0,097	-0,085	0,984	08
Comparação	-1,532	0,125	-0,420	0,750	11

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Quando os grupos foram comparados dentre si, também não foram verificadas diferenças significativas entre os escores em relação às duas escalas do ASR para problemas de comportamento. Os membros do GT apresentaram escores maiores de problemas de comportamento quando comparados aos do GC, principalmente do tipo internalizantes, sendo que cinco pais na avaliação pós-intervenção apresentaram escores clínicos de

problemas de comportamento, ou seja, parece que o POP não teve efeito sobre os problemas de comportamento dos cuidadores.

Considera-se importante esclarecer que o POP não teve como objetivo intervir nos possíveis problemas de comportamento dos cuidadores, mas sim sobre as práticas educativas destes indivíduos em relação a seus filhos. Deste modo, era esperado que não ocorressem mudanças nos escores de problemas de comportamento dos pais do GT. Os membros do GT não apresentaram alterações significativas nos escores de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação, porém houve um aumento de quatro para cinco cuidadores com escores clínicos no pós-intervenção na escala problemas internalizantes; enquanto que no GC notou-se uma redução do número de escores considerados clínicos de cinco para dois.

Os pais do GT parecem ter reportado mais problemas de comportamento após participarem da intervenção. Uma hipótese plausível é que estes pais, ao participarem do POP, puderam se auto-observar mais e discriminar com maior acurácia o próprio padrão de interação. Um dos componentes das habilidades sociais é o autoconhecimento. Esta habilidade é importante e também está relacionada ao reconhecimento de limites e de dificuldades em interagir em determinadas situações. Segundo Del Prette & Del Prette (1999), é necessário reconhecer os possíveis *deficit* ou excessos no próprio desempenho para se ajustar às demandas das situações sociais. Considera-se que após a participação no POP foi possível para estes pais reavaliarem o próprio desempenho e reconhecerem seus limites e dificuldades, sendo esta uma das classes de habilidades sociais educativas que a intervenção se propôs a desenvolver (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008).

7.2.4 Estudo final: problemas de comportamento das crianças (CBCL 1 ½ a 5)

Os problemas de comportamentos das crianças cujos pais foram participantes dos dois grupos também foram avaliados antes e após a intervenção psicológica. O instrumento utilizado foi o CBCL 1 ½ a 5, no qual os pais compararam seus filhos com crianças da mesma idade e sexo no que tange a uma série de classes de comportamento. As escalas de

problemas internalizantes e de problemas externalizantes do CBCL 1 ½ a 5 também foram analisadas no estudo. Os escores obtidos pelas crianças (na perspectiva de seus pais) nestas duas escalas, antes e após a intervenção, estão apresentados na Tabela 12. É importante esclarecer que no GT (n = 8), sete crianças foram avaliadas, pois dentre os membros do grupo havia um casal e apenas o CBCL respondido pela mãe foi considerado na análise dos dados. Do mesmo modo, no GC (n = 11), nove crianças foram avaliadas, pois um casal era participante e um pai era casado com uma mãe que foi colaboradora do GT, portanto, nove crianças foram avaliadas, uma vez que apenas os instrumentos respondidos pelas mães foram computados na análise.

Tabela 12 - Valores dos resultados dos escores (escore T) em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda das crianças cujos pais foram participantes do Grupo Tratamento e do Grupo Comparação referentes às escalas do CBCL (1½ a 5) de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Valores	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo	Moda
Grupo Tratamento					
Internalizantes					
Pré	67,1	11,9	79	47	47
Pós	59	12,7	70	37	65
Externalizantes					
Pré	61	11,8	77	40	40
Pós	52,1	9,3	62	35	35
Grupo Comparação					
Internalizantes					
Pré	59,6	9,8	77	47	59
Pós	48,9	11,6	65	33	33
Externalizantes					
Pré	56,6	8,5	67	44	48
Pós	50,9	12,6	70	32	48

As crianças cujos pais foram participantes do GT apresentaram escores maiores em termos de média quando comparadas com as do GC para as duas escalas do CBCL, problemas internalizantes e externalizantes, sendo que nos dois grupos os escores foram mais elevados na escala de problemas de comportamento internalizantes. Observou-se que os valores dos escores variaram consideravelmente dentre os grupos nos dois momentos de avaliação, pois os valores do desvio padrão foram altos (de 8,5 a 12,7). No GT, houve uma

diminuição dos valores máximos e mínimos dos escores em ambas as escalas após a intervenção.

Em relação à classificação destes escores em problemas de comportamento considerados clínicos e não clínicos, as classificações obtidas pelas crianças de acordo com o relato de seus pais estão apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13 - Classificação dos escores das crianças cujos pais foram participantes dos grupos GT e GC nas escalas de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes do CBCL (1½ a 5) nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Grupo	Tratamento				Comparação			
	Internalizantes		Externalizantes		Internalizantes		Externalizantes	
Classificação	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Não clínico	2	2	3	5	6	8	5	6
Clínico	5	5	4	2	3	1	4	3
Total de crianças	7	7	7	7	9	9	9	9

Na escala de problemas de comportamento internalizantes, dentre os infantes do GT, cinco obtiveram escores classificados como clínicos no momento de avaliação pré-intervenção e tal número se manteve no momento pós; já dentre as crianças do GC, apenas três obtiveram escores considerados clínicos e este número foi reduzido a um na avaliação pós-intervenção. Quanto à escala de problemas de comportamento externalizantes, no GC quatro crianças obtiveram escores classificados como clínicos na avaliação pré-intervenção e este número foi reduzido para três no momento pós; no GT, quatro infantes apresentaram escores tidos como clínicos na avaliação pré-intervenção e dois no momento pós. Observou-se uma redução dos valores médios do GT na avaliação pós-intervenção nas duas escalas de problemas de comportamento, tanto que a média do grupo em ambas as escalas não foi classificada como clínica.

Para observar se houve diferenças entre os grupos no que se refere a problemas de comportamento das crianças, os escores das duas escalas – problemas internalizantes e externalizantes – do CBCL 1 ½ a 5 nos dois momentos de avaliação, pré e pós-intervenção, foram comparados através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 14 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do CBCL (1½ a 5): internalizantes e externalizantes, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	Z	Valor de p*
Internalizantes Pré	Comparação	9	7,11	19,000	-1,333	0,196
	Tratamento	7	10,29			
	Total	16				
Externalizantes Pré	Comparação	9	7,56	23,000	-0,902	0,393
	Tratamento	7	9,71			
	Total	16				
Internalizantes Pós	Comparação	9	7,50	20,000	-1,470	0,153
	Tratamento	7	11,14			
	Total	16				
Externalizantes Pós	Comparação	9	8,75	32,500	-0,245	0,832
	Tratamento	7	9,36			
	Total	16				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Na comparação entre os grupos, os escores das crianças avaliadas pelos pais do GT apresentaram escores (em média) mais altos que as do GC nas duas escalas do CBCL e nos dois momentos de avaliação. Apesar de os escores terem diminuído ligeiramente nas duas escalas no momento pós-intervenção em ambos os grupos, estas reduções não foram significativas (Tabela 14).

De acordo com a avaliação propiciada pelo CBCL 1 ½ a 5, observou-se que as crianças avaliadas pelos cuidadores integrantes da presente amostra já apresentam indícios significativos de problemas de comportamento em seus padrões de interação, o que é preocupante, uma vez que estas crianças são pequenas, estão na primeira infância e irão passar pelo processo de escolarização. Supõe-se que tais dificuldades podem estar relacionadas ao problema de saúde que elas apresentam, pois dados da literatura sinalizam que crianças com problemas crônicos de saúde apresentam alto risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento, principalmente os internalizantes, tais como depressão e ansiedade (Miyazaki et al., 2006; Otsuki et al., 2009). Ademais, se tais dificuldades não forem superadas ao longo do desenvolvimento destes indivíduos, aumenta-se o risco do agravamento de tais problemas e de prejuízos para o funcionamento desses mesmos indivíduos na idade adulta (Bayer et al., 2011; Catalano et al., 2012; Maia & Williams, 2005; Mrazek & Haggerty, 1994; Nation et al., 2003).

A Figura 6 ilustra graficamente (box splot) os escores das crianças avaliadas por seus pais por meio do CBCL 1 ½ a 5 nas duas escalas de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação.

Na avaliação pós-intervenção, observou-se redução das medianas dos escores nas duas escalas de problemas de comportamento, em ambos os grupos e no GT notou-se a redução dos valores máximos e mínimos dos escores. O GC apresentou uma grande variação dos valores dos escores, notou-se um intervalo bem maior entre os valores máximos e mínimos nas duas escalas avaliadas particularmente na entrevista após a intervenção. Na escala de problemas internalizantes na primeira entrevista quatro participantes reportaram escores deste problema de comportamento em seus filhos que destoaram dos demais (outliers identificados pelos números 13, 11, 18 e 19). No GT, também se observou uma variação dos valores dos escores e a ocorrência de um participante que reportou valores de escores mais baixos que os demais (outlier identificado como número 7).

Figura 6. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores das crianças cujos pais foram membros dos GT e GC, nas duas escalas de problemas do CBCL 1 ½ a 5 – problemas internalizantes e externalizantes – nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Destaca-se que na avaliação pré-intervenção, o GT apresentou escores médios mais altos que o GC nas duas escalas, internalizante e externalizantes, e no momento pós-intervenção notou-se uma redução das médias dos escores em ambas as escalas, mas esta diminuição das médias não foi estatisticamente significativa. Contudo, na Figura 6 é possível

observar que a média do GT em ambas as escalas apresentou valores considerados não-clínicos.

Na comparação de medidas repetidas dos escores obtidos pelas crianças avaliadas nos dois grupos (Tabela 15), observa-se que a diminuição dos escores no momento pós-intervenção foi estatisticamente significativa para todos os infantes, ou seja, os pais identificaram menos problemas de comportamento em seus filhos na avaliação realizada após a intervenção psicológica. Porém, em ambos os grupos ocorreu esta redução de problemas de comportamento infantis e não apenas no GT que participou do POP.

Tabela 15 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC, nas duas escalas de problemas de comportamento do CBCL 1 ½ a 5: internalizantes e externalizantes nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.

Grupo	Internalizantes (Pós – Pré)		Externalizantes (Pós – Pré)		N
	Z	Valor de p	Z	Valor de p	
Tratamento	-2,201	0,031*	-2,375	0,016*	07
Comparação	-2,666	0,004*	-2,176	0,031*	09

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

As crianças avaliadas pelos cuidadores que foram participantes do estudo apresentaram escores indicativos de problemas de comportamento nas duas escalas do CBCL 1 ½ a 5, sendo que os problemas do tipo internalizantes apresentaram escores mais elevados que os do tipo externalizantes, principalmente dentre os infantes do GT. Considera-se importante ressaltar que os pais também apresentaram escores significativos de problemas de comportamento, principalmente na escala de problemas internalizantes e particularmente dentre os participantes do GT. De acordo com a análise do comportamento, os pais são modelos importantes de interação para seus filhos e grande parte da aprendizagem das crianças na primeira infância é vicariante, ou seja, provavelmente a ressonância de problemas de comportamento entre os cuidadores e seus filhos sinaliza que tais dificuldades podem ser aprendidas pelos filhos a partir do modelo de interação de seus pais. Tais contingências parecem estar contribuindo, em parte, pois o comportamento é multideterminado, para o desenvolvimento e manutenção dos problemas de comportamento apresentados pelos infantes avaliados no estudo (Bayer et al., 2011; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Del Prette & Del Prette, 2005; Gomide, 2004; Skinner, 1998).

7.2.5 Estudo final: habilidades educativas parentais (RE HSE-P)

7.2.5.1 Aspectos positivos da interação

Um dos objetivos do estudo foi avaliar as práticas educativas parentais empregadas pelos cuidadores participantes na educação de seus filhos. O instrumento aplicado para esta finalidade foi o RE HSE-P antes e após o POP, tanto para os colaboradores do GT, quanto para os do GC. Os escores das classes de comportamentos das habilidades educativas parentais, aspectos positivos da relação entre os participantes e seus filhos, estão apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Valores dos resultados dos escores em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do GT e do GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Valores	Média	Desvio padrão	Máx.	Mín.	Moda	Média	Desvio padrão	Máx.	Min.	Moda
Grupo Tratamento					Grupo Comparação					
Conteúdo										
HSE-P										
Pré	12,6	2,1	16	9	12	13	3,7	19	7	10
Pós	13,8	1,6	16	11	14	12	1,5	15	10	11
HS										
Pré	14,9	2	18	12	14	16,2	6,6	30	10	10
Pós	17,4	2,9	20	11	18	14,1	2,9	19	9	12
CONT										
Pré	16,8	2,3	21	14	14	17,8	3,6	25	13	13
Pós	16,8	2,6	20	12	18	15,5	2,7	20	10	15
TPOS										
Pré	48,1	5,2	54	39	44	50,1	12,9	76	34	52
Pós	52	4	57	45	45	45	6	55	36	42
Frequência										
HSE-P										
Pré	10,1	2,7	14	6	12	11,5	2,6	16	7	12
Pós	13	2	14	9	13	11	2	14	6	11
HS										
Pré	10,9	2,7	14	8	12	12,5	1,6	14	10	14
Pós	12	2	16	8	12	11	2	14	8	10
CONT										
Pré	1,3	0,7	2	0	1	1,6	1,2	4	0	2
Pós	1	1	2	0	1	1	1	2	0	1
TPOS										
Pré	22,3	4,6	30	16	20	25,2	4,4	32	20	21
Pós	27	6	41	19	27	23	4	30	16	22

Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = variáveis de contexto; TPOS = Total Positivo.

No que tange aos itens de conteúdo das classes de comportamento, na avaliação pré-intervenção, o GC apresentou escores (em média) ligeiramente maiores que o GT. Tal condição também foi observada na frequência com que os pais emitiram as classes de comportamento avaliadas: os pais do GC apresentaram escores ligeiramente maiores (em média) quando comparados com os do GT. Por outro lado, no momento de avaliação pós-intervenção, tem-se uma inversão dos valores dos escores: o GT apresentou escores maiores (em média e em valores máximos) que o GC, em termos de conteúdo e frequência, nas classes de comportamento HSE-P, HS e TPOS. É importante retomar que um dos objetivos do POP foi aumentar e aprimorar o uso de estratégias educativas positivas pelos pais na educação de seus filhos e parece que o POP contribuiu para o aumento do emprego destas práticas pelo GT, pois os participantes deste grupo apresentaram escores médios mais altos em termos de frequência e conteúdo quando comparados com o GC, sendo que neste grupo os escores médios das habilidades positivas diminuíram na avaliação pós-intervenção.

O RE HSE-P permite classificar os escores obtidos em clínicos, condição que sinaliza a necessidade de os pais serem assistidos por um psicólogo, e não clínicos, isto é, os pais não apresentam *deficit* nas habilidades educativas parentais avaliadas.

Tabela 17 - Classificação dos escores dos participantes dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Grupo Tratamento				Grupo Comparação		
Classificação	Clínico	Não clínico	Total	Clínico	Não clínico	Total
Conteúdo						
HSE-P						
Pré	7	1	8	8	3	11
Pós	0	8	8	0	11	11
HS						
Pré	0	8	8	0	11	11
Pós	0	8	8	0	11	11
CONT						
Pré	0	8	8	0	11	11
Pós	0	8	8	0	11	11
TPOS						
Pré	0	8	8	0	11	11
Pós	0	8	8	0	11	11
Frequência						
HSE-P						
Pré	7	1	8	8	3	11
Pós	2	6	8	10	1	11
HS						
Pré	7	1	8	6	5	11
Pós	5	3	8	9	2	11
CONT						
Pré	8	0	8	11	0	11
Pós	8	0	8	11	0	11
TPOS						
Pré	6	2	8	6	5	11
Pós	3	5	8	8	3	11

Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = variáveis de contexto; TPOS = Total Positivo.

Em termos de conteúdo, os pais em ambos os grupos apresentaram a classificação “não clínico” dos escores nas classes de comportamento HS, CONT e TPOS nos dois momentos de avaliação (Tabela 17). Mudanças de classificação foram notadas na variável HSE-P: na avaliação pré-intervenção, sete pais do GT obtiveram escores considerados clínicos e no GC foram oito cuidadores; já no momento pós-intervenção, todos os participantes de ambos os grupos obtiveram escores não clínicos nesta classe de comportamento. Assim, antes da intervenção, grande parte dos pais dos dois grupos apresentava *deficit* em habilidades educativas parentais e tal habilidade parece ter sido aprimorada pelos pais depois da intervenção, pois todos foram classificados como não clínicos neste aspecto, inclusive os cuidadores do GC que não participaram do POP.

No que se refere à frequência de emissão destas classes de comportamento pelos pais, no GT nas classes HSE-P, HS e TPOS, observou-se que no momento pré-intervenção grande parte dos pais apresentou escores considerados clínicos e na avaliação pós-intervenção grande parte deles apresentou escores classificados como não-clínicos nas citadas variáveis, ou seja, parece que os pais do GT aumentaram a frequência com que emitem as habilidades educativas que compõem os aspectos positivos da interação após participarem do POP. Para os membros do GC, grande parte dos pais apresentou escores clínicos para todas as classes de comportamento dos aspectos positivos nos dois momentos de avaliação. Destaca-se que, na variável CONT, todos os participantes apresentaram escores classificados como clínicos nas duas avaliações (Tabela 17).

É importante esclarecer que a variável CONT em termos de frequência apresenta algumas singularidades devido à faixa de idade das crianças avaliadas no estudo. Esta variável é mensurada a partir da resposta dos cuidadores a três perguntas do instrumento RE HSE-P. Duas destas perguntas investigam as habilidades dos pais em responder a dúvidas dos filhos sobre sexo/sexualidade. Todos os participantes do estudo apresentaram escores considerados clínicos para esta classe de comportamento. Tal condição pode ser explicada pelo fato de que os pais não respondem às dúvidas dos filhos sobre esta temática, porque as crianças avaliadas possuem idade de um ano e meio a cinco anos e muitas delas ainda não fazem este tipo de pergunta em função de sua fase de desenvolvimento e não porque seus pais possuem dificuldades em respondê-las.

Para verificar os efeitos da intervenção sobre as práticas educativas dos cuidadores quanto aos aspectos positivos da interação, os escores obtidos pelos grupos foram comparados entre si pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney. Na Tabela 18 estão descritos os resultados desta comparação das variáveis em termos dos itens de conteúdo.

Tabela 18- Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	Z	Valor de p*
HSE-P Pré	Comparação	11	7,73	43,000	-0,083	0,952
	Tratamento	8	13,13			
	Total	19				
HSE-P Pós	Comparação	11	7,56	19,000	-2,112	0,037*
	Tratamento	8	9,71			
	Total	19				
HS Pré	Comparação	11	9,64	40,000	-0,332	0,762
	Tratamento	8	10,50			
	Total	19				
HS Pós	Comparação	11	7,59	17,500	-2,200	0,027*
	Tratamento	8	13,31			
	Total	19				
CONT Pré	Comparação	11	10,77	35,500	-0,707	0,506
	Tratamento	8	8,94			
	Total	19				
CONT Pós	Comparação	11	8,82	31,000	-1,083	0,297
	Tratamento	8	11,63			
	Total	19				
TPOS Pré	Comparação	11	10,18	42,000	-0,166	0,887
	Tratamento	8	9,75			
	Total	19				
TPOS Pós	Comparação	11	7,14	12,500	-2,606	0,007*
	Tratamento	8	13,94			
	Total	19				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = variáveis de contexto; TPOS = Total Positivo.

O GT obteve aumento dos escores nas variáveis HSE-P, HS e TPOS em comparação com o GC na avaliação pós-intervenção e tais diferenças foram estatisticamente significativas, ou seja, há menos de 5% de chance de que estas diferenças tenham ocorrido ao acaso e assume-se que os grupos apresentaram diferenças consideráveis após a intervenção (HSE-P: $p = 0,037$; HS: $p = 0,027$ e TPOS: $p = 0,007$). Parece que os participantes do GT apresentaram melhora de suas habilidades educativas após participarem do POP e este aumento significativo dos escores não foi observado no GC.

Na comparação, entre os grupos, das mesmas variáveis em termos de frequência da emissão destas classes de comportamento, os grupos apresentaram escores semelhantes no

momento pré e pós-intervenção, com exceção da variável HSE-P, na qual os pais do GT apresentaram escores mais elevados que os do GC na avaliação pós-intervenção e esta diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,043$). Os resultados desta comparação entre os grupos pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney estão apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	Z	Valor de p*
HSE-P Pré	Comparação	11	11,05	32,500	-0,963	0,359
	Tratamento	8	8,56			
	Total	19				
HSE-P Pós	Comparação	11	7,77	19,500	-2,059	0,043*
	Tratamento	8	13,06			
	Total	19				
HS Pré	Comparação	11	11,68	25,500	-1,581	0,124
	Tratamento	8	7,69			
	Total	19				
HS Pós	Comparação	11	8,45	27,000	-1,452	0,165
	Tratamento	8	12,13			
	Total	19				
CONT Pré	Comparação	11	10,73	36,000	-0,697	0,577
	Tratamento	8	9,00			
	Total	19				
CONT Pós	Comparação	11	10,05	43,500	-0,044	0,933
	Tratamento	8	9,94			
	Total	19				
TPOS Pré	Comparação	11	10,18	42,000	-0,165	0,888
	Tratamento	8	9,75			
	Total	19				
TPOS Pós	Comparação	11	8,05	22,500	-1,782	0,078
	Tratamento	8	12,69			
	Total	19				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = variáveis de contexto; TPOS = Total Positivo.

As Figuras 7 e 8 ilustram graficamente estas diferenças de escores entre os grupos no momento de avaliação pós-intervenção, em termos de conteúdo (Figura 7) e frequência (Figura 8) nas classes de comportamento dos aspectos positivos da interação: HSE-P, HS,

CONT e TPOS. As linhas em vermelho nos gráficos indicam o ponto de corte para a classificação “clínica” dos escores em cada variável.

Observa-se que quanto aos itens de conteúdo, o GT apresentou medianas mais altas que as do GC na avaliação pós-intervenção, condição que indica um aumento dos escores e, consequentemente, uma melhora das habilidades educativas avaliadas. O GC apresentou intervalos maiores de variação dos escores (valores máximo e mínimo) quando comparados aos do GT e notou-se ainda que no momento de avaliação pós-intervenção, os intervalos de variação dos escores do GT tenderam a diminuir. Houve novamente a ocorrência de outliers, principalmente, no GC (Figura 7).

Resultado semelhante foi observado na frequência com que estas habilidades educativas positivas foram reportadas pelos pais do GT na avaliação pós-intervenção; o GT também apresentou medianas maiores que o GC, com exceção da variável CONT. Em relação aos intervalos de variação dos escores, novamente eles foram maiores dentre os participantes do GC, sendo que no GT os intervalos de variação diminuíram na avaliação pós-intervenção. Tais resultados parecem indicar que a intervenção favoreceu um aumento da frequência da aplicação das estratégias educativas positivas pelos pais do GT. Em termos de frequência, o GT apresentou mais outliers que o GC. O participante identificado como número 2, com exceção da variável CONT, apresentou escores mais baixos que os demais participantes do GT (Figura 8). Este participante, na análise de seus dados de modo individual, realmente apresentou dificuldades em aplicar com maior frequência as práticas educativas positivas. Ele se mostrava muito tímido no grupo, falava pouco e reconhecia que tinha dificuldades em elogiar mais seus filhos e em demonstrar carinho com mais regularidade e por meio de palavras ao invés de gestos (por exemplo, preferia abraçar e beijar ao invés de dizer que ama e elogiar a criança). Os demais pais do grupo do qual ele fazia parte o estimulavam, o encorajavam, davam modelos de comportamentos de interação com os filhos, porém, apesar de seu esforço, este participante não conseguiu aumentar a frequência do uso destas práticas.

Figura 7. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Figura 8. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Para identificar as diferenças dentre os membros dos grupos, a fim de comparar os escores de cada grupo em relação a ele próprio nos dois momentos de avaliação, foi utilizado o teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon. A partir dos resultados desta comparação, apresentados na Tabela 20, é possível verificar que em relação aos escores de cada grupo na avaliação pré-intervenção, apenas o GC obteve mudanças estatisticamente significativas de escore na avaliação pós-intervenção para a variável HS, em termos de frequência.

Tabela 20 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC com relação aos aspectos positivos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: HSE-P, HS, CONT e Total Positivo, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.

Não-paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.									
Grupo	HSE-P (Pós – Pré)		HS (Pós – Pré)		CONT (Pós – Pré)		TPOS (Pós – Pré)		N
	Z	p*	Z	p*	Z	p*	Z	p*	
Conteúdo									
Comparação	-0,892	0,406	-0,356	0,754	-1,666	0,108	-1,378	0,184	11
Tratamento	-0,940	0,469	-1,609	0,125	-0,106	1,000	-1,402	0,172	8
Frequência									
Comparação	-0,352	0,773	-2,490	0,016*	-0,973	0,500	-1,690	0,091	11
Tratamento	-1,474	0,172	-1,445	0,188	-1,000	1,000	-1,572	0,116	8

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = Variáveis de Contexto; TPOS = Total Positivo.

Na comparação entre os grupos, o GT apresentou escores mais altos e com diferenças significativas em relação ao GC para as classes de comportamento dos aspectos positivos da interação, HSE-P, HS e TPOS, em termos de conteúdo. Resultados que sugerem que o POP pode ter contribuído para uma possível melhora do repertório dos participantes do GT no emprego de práticas positivas na educação de seus filhos. Porém, este aumento dos escores não foi estatisticamente significativo na comparação do desempenho destes participantes com eles mesmos. O GT obteve escores mais altos e significativos em relação ao GC na avaliação pré-intervenção, mas tal aumento não foi significativo quando comparado com seu próprio desempenho na avaliação pós-intervenção. No que tange a comparação do desempenho dos pais do GC com eles mesmos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas na variável HS, porém esta diferença reflete uma diminuição da média deste grupo, sinalizando que os pais do GC consideraram que os seus

filhos apresentaram menos habilidades sociais infantis no momento pós-intervenção (Tabela 16).

7.2.5.2 Aspectos negativos da interação

A avaliação das habilidades educativas dos cuidadores participantes do estudo pelo RE HSE-P também permitiu a apreciação dos resultados quanto aos aspectos negativos da interação. As classes de comportamentos que os compõem são: PR NEG, PROBL e TNEG. As estatísticas descritivas destas classes de comportamento dos dois grupos nos dois momentos de avaliação estão descritas na Tabela 21.

Tabela 21 - Valores dos resultados dos escores em média, desvio padrão, máximo, mínimo e moda dos participantes do GT e do GC referentes aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Valores	Tratamento					Comparação				
	Média	Desvio padrão	Máx.	Mín.	Moda	Média	Desvio padrão	Máx.	Min.	Moda
Conteúdo										
PR NEG										
Pré	11,9	3,8	17	6	17	12,1	2,9	18	8	10
Pós	5	1	7	3	5	8	4	12	2	12
PROBL										
Pré	13,8	6,1	24	7	7	11,9	3,9	19	7	9
Pós	5	2	7	2	4	6	3	10	2	2
TNEG										
Pré	29	9,3	47	17	31	27,2	6,4	40	20	20
Pós	12	2	15	10	11	16	7	26	6	6
Frequência										
PR NEG										
Pré	7,8	3,2	14	4	9	7,7	2,9	13	5	5
Pós	2	1	3	1	1	5	3	11	0	3
PROBL										
Pré	1,1	1,2	1	0	0	0,8	0,9	2	0	0
Pós	1	1	2	0	1	1	1	2	0	0
TNEG										
Pré	8,6	3,7	16	4	9	8,5	3,3	15	5	6
Pós	3	1	4	1	1	6	4	13	1	5

Legenda: PR NEG = práticas negativas; PROBL = problemas de comportamento infantis; TNEG = Total Negativo.

Com base nas estatísticas descritivas, observa-se que os valores médios dos escores obtidos pelos dois grupos quanto aos aspectos negativos da interação são parecidos/próximos no momento de avaliação pré-intervenção, tanto em termos de

conteúdo, quanto em frequência. Já na avaliação pós-intervenção, nota-se uma redução dos escores médios em ambos os grupos, sendo que para o GT esta redução foi ligeiramente maior (em média) em todas as variáveis de conteúdo e, no que tange à frequência, nas variáveis PR NEG e TNEG. Quanto aos valores do desvio padrão, eles foram altos (de 1,2 a 9,3) em ambos os grupos na avaliação pós-intervenção, o que indica que os escores variaram consideravelmente dentre os participantes, sugerindo que a amostra não apresentou homogeneidade nestas variáveis. Porém, no momento pós-intervenção, observou-se uma redução dos valores do desvio padrão para o GT (1 a 2), sinalizando uma possível homogeneidade da amostra, condição que não foi observada no GC.

Na comparação entre os grupos das mesmas variáveis, em termos de itens de conteúdo, pelo teste estatístico de Mann-Whitney, apesar de o GT ter apresentado redução dos escores médios em todas as classes de comportamento no pós-intervenção quando comparado com o GC, tais reduções não foram estatisticamente significativas, ou seja, os grupos não apresentaram diferenças significativas de escores quanto ao conteúdo dos aspectos negativos da interação. Os *rankings* médios e os resultados da análise estatística desta comparação estão apresentados na Tabela 22.

Tabela 22 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	Z	Valor de p*
PR NEG Pré	Comparação	11	10,14	42,500	-0,166	0,887
	Tratamento	8	9,81			
	Total	19				
PR NEG Pós	Comparação	11	12,00	22,000	-1,843	0,072
	Tratamento	8	7,25			
	Total	19				
PROBL Pré	Comparação	11	9,50	38,500	-0,456	0,671
	Tratamento	8	10,69			
	Total	19				
PROBL Pós	Comparação	11	11,45	28,000	-1,341	0,187
	Tratamento	8	8,00			
	Total	19				
TNEG Pré	Comparação	11	9,32	36,500	-0,622	0,557
	Tratamento	8	10,94			
	Total	19				
TNEG Pós	Comparação	11	11,82	24,000	-1,654	0,103
	Tratamento	8	7,50			
	Total	19				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: PR NEG = práticas negativas; PROBL = problemas de comportamento infantis; TNEG = Total Negativo.

No que se refere à comparação, entre os grupos, das mesmas variáveis em termos de frequência da emissão das classes de comportamento dos aspectos negativos da interação, o GC apresentou um discreto aumento dos *rankings* médios na avaliação pós-intervenção. Em contrapartida, o GT apresentou uma redução dos *rankings* médios na avaliação pós-intervenção, sendo que quando os grupos foram comparados entre si, em duas variáveis, PR NEG e TNEG, estas reduções foram estatisticamente significativas. Os dados desta comparação entre os grupos estão descritos na Tabela 23.

Tabela 23 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Variável	Grupo	N	Ranking médio	Mann-Whitney	z	Valor de p*
PR NEG Pré	Comparação	11	10,09	43,000	-0,084	0,951
	Tratamento	8	9,88			
	Total	19				
PR NEG Pós	Comparação	11	12,86	12,500	-2,652	0,007*
	Tratamento	8	6,06			
	Total	19				
PROBL Pré	Comparação	11	9,50	38,500	-0,490	0,655
	Tratamento	8	10,69			
	Total	19				
PROBL Pós	Comparação	11	10,36	40,000	-0,358	0,766
	Tratamento	8	9,50			
	Total	19				
TNEG Pré	Comparação	11	9,95	43,500	-0,042	0,985
	Tratamento	8	10,06			
	Total	19				
TNEG Pós	Comparação	11	12,55	16,000	-2,366	0,019*
	Tratamento	8	6,50			
	Total	19				

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: PR NEG = práticas negativas; PROBL = problemas de comportamento infantis; TNEG = Total Negativo.

Quanto à classificação dos escores obtidos pelos participantes nos aspectos negativos da interação, o GT teve menos participantes com escores considerados clínicos no momento de avaliação pós-intervenção quando comparado com os pais do GC. Em termos de conteúdo, na classe de comportamento PR NEG, oito pais do GT obtiveram escores classificados como clínicos na avaliação pré-intervenção e este número foi reduzido para dois na avaliação pós-intervenção; na variável PROBL, de seis pais foi reduzido para nenhum participante com escore clínico; e na variável TNEG, de oito cuidadores com escores clínicos para três no momento pós-intervenção. Em relação à frequência da emissão da classe de comportamento PR NEG, no GT dois cuidadores obtiveram escores tidos como clínicos na avaliação pré-intervenção e este número caiu para zero no pós (Tabela 24).

Tabela 24 - Valores obtidos na comparação entre os dois grupos, GT e GC, com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Grupo Tratamento				Grupo Comparação		
Classificação	Clínico	Não clínico	Total	Clínico	Não clínico	Total
Conteúdo						
PR NEG						
Pré	8	0	8	11	0	11
Pós	2	6	8	7	4	11
PROBL						
Pré	6	2	8	10	1	11
Pós	0	8	8	4	7	11
TNEG						
Pré	8	0	8	11	0	11
Pós	3	5	8	8	3	11
Frequência						
PR NEG						
Pré	2	6	8	2	9	11
Pós	0	8	8	1	10	11
PROBL						
Pré	0	8	8	0	11	11
Pós	0	8	8	0	11	11
TNEG						
Pré	1	7	8	1	10	11
Pós	0	8	8	1	10	11

Legenda:
 PR NEG = práticas negativas
 PROBL = problemas de comportamento
 Infantis
 TNEG= Total Negativo.

Para os participantes do GC, no momento de avaliação pré-intervenção, na variável PR NEG, onze pais apresentaram escores considerados clínicos e na avaliação pós-intervenção este número foi reduzido para sete; na variável PROBL, eram dez e depois quatro; e na variável TNEG, eram onze e, após a intervenção, oito. No que se refere à frequência, apenas na variável PR NEG observou-se uma mudança de classificação dos escores, pois na avaliação pré-intervenção eram dois cuidadores com escores clínicos e na pós-intervenção este número foi reduzido a um (Tabela 24). Deste modo, considera-se que o POP pode ter contribuído para a diminuição do uso de práticas negativas pelos pais do GT na educação de seus filhos.

A Figura 9 permite visualizar, por meio de gráficos, o desempenho de ambos os grupos em relação aos aspectos negativos da interação. É possível observar que as medianas do GT foram maiores que as do GC na avaliação pré-intervenção em duas variáveis: nos itens de conteúdo, em PROBL e TNEG; e, em frequência, nas variáveis PR NEG e TNEG. Na avaliação pós-intervenção, os intervalos de variação dos valores dos escores, as medianas e

os valores máximos do GT foram menores que os do GC em todas as variáveis dos aspectos negativos da interação. Notou-se a ocorrência de um outlier na variável TNEG em termos de conteúdo dentre o GT, sendo que tal participante, identificado como número 2, apresentou o valor mais alto de escore quando comparado com os demais na avaliação pré-intervenção.

Figura 9. Comparação entre os valores máximos, mínimos e medianas dos escores dos grupos GT e GC referentes aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção.

Na comparação de medidas repetidas dos escores obtidos pelos cuidadores nos dois grupos (Tabela 25) em relação aos aspectos negativos da interação, observa-se que em ambos os grupos houve diminuição dos escores no momento pós-intervenção e tais reduções foram estatisticamente significativas para todas as variáveis, com exceção da frequência da emissão da classe de comportamento PROBL. Na avaliação realizada após a intervenção psicológica, os pais reportaram usar menos as práticas consideradas negativas na interação com seus filhos, houve uma redução da aplicação destas práticas, tanto em termos de conteúdo, quanto em frequência. Porém, é preciso destacar que essa redução do emprego de práticas negativas na educação infantil foi observada no GT e no GC, e não apenas no GT, que participou do POP.

Tabela 25 - Valores obtidos na comparação dentre os participantes do GT e GC com relação aos aspectos negativos da interação do RE HSE-P, em termos de frequência e conteúdo: PR NEG, PROBL e TNEG, nas duas avaliações, pré e pós-intervenção, por meio do teste não paramétrico de medidas repetidas de Wilcoxon.

parâmetros de médias repetidas de Wilcoxon.							
Grupo	PR NEG		PROBL		TNEG		N
	(Pós – Pré)		(Pós – Pré)		(Pós – Pré)		
	Z	p*	Z	p*	Z	p*	
Conteúdo							
Comparação	-2,818	0,002*	-2,808	0,003*	-2,938	0,001*	11
Tratamento	-2,257	0,008*	-2,521	0,008*	-2,524	0,008*	8
Frequência							
Comparação	-2,773	0,004*	0,000	1,000	-2,820	0,002*	11
Tratamento	-2,524	0,008*	-1,190	0,234	-2,527	0,008*	8

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: PR NEG = práticas negativas; PROBL = problemas de comportamento infantis; TNEG = Total Negativo.

De acordo com as análises propiciadas pelo RE HSE-P das habilidades educativas dos cuidadores participantes do estudo, observou-se que, na avaliação pré-intervenção, ambos os grupos apresentaram um repertório adequado de habilidades sociais educativas no que tange aos aspectos positivos da interação, principalmente nas classes de comportamento HS, CONT e TPOS, mas obtiveram escores classificados como clínicos por empregarem muitas práticas negativas para impor disciplina e limites a seus filhos, em termos de frequência e conteúdo. Na avaliação pós-intervenção: 1) os pais do GT apresentaram aumento dos escores médios nos aspectos positivos da interação, especificamente nas variáveis HSE-P (em frequência e conteúdo), HS e TPOS (em conteúdo), sinalizando uma possível melhora das habilidades educativas parentais, condição que não foi notada no GC; 2) nos aspectos negativos da interação, o GT e o GC apresentaram diminuição dos escores

médios do uso de práticas negativas, em termos de frequência e conteúdo, nas variáveis PR NEG, PLOBL e TNEG (com exceção da variável PROBL em termos de frequência), entretanto, na comparação entre os grupos, o GT apresentou escores médios menores que o GC nas variáveis PR NEG e TNEG em termos de frequência e estas diferenças de escores foram estatisticamente significativas.

Assim, considera-se que para o GT o POP pode ter colaborado para o aumento das habilidades sociais educativas parentais (principalmente em termos de conteúdo) e para a redução das práticas educativas negativas, tanto no que se refere ao conteúdo, quanto à frequência.

As práticas educativas parentais têm sido assumidas como essenciais no fortalecimento das interações entre pais e filhos e com base na premissa de que o comportamento problema é produto das interações do indivíduo com seu ambiente, considera-se que os pais da criança, enquanto pessoas de maior convívio, têm envolvimento direto no desenvolvimento e manutenção do padrão comportamental da criança. Os pais, em razão de suas histórias de vida, de seus padrões de interação e de suas habilidades sociais e educativas, em sua interação cotidiana com a criança, são os que com maior probabilidade geram ou mantêm a maioria dos comportamentos problemas de seus filhos, mesmo que não o façam intencionalmente (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Bolsoni-Silva et al., 2003; Gomide, 2004; Marinho, 2005; Melo, 1999; Silveiras, 2004).

Portanto, o POP auxiliou estes pais a empregar com mais qualidade e frequência as habilidades sociais educativas e as práticas positivas e, conseqüentemente, as práticas negativas diminuíram em quantidade e frequência, pois parece que eles ficaram mais sensíveis às conseqüências negativas do emprego destas estratégias para o desenvolvimento infantil e para a relação familiar e testaram a eficácia de outras práticas educativas para impor limites e disciplina na educação de seus filhos.

Sugere-se que a partir dos resultados obtidos no presente estudo, intervenções, como a do POP, de cunho preventivo e com objetivo de orientar os pais sobre o emprego de práticas educativas mais adequadas à educação infantil, podem gerar mudanças significativas e positivas no repertório de habilidades sociais educativas parentais e diminuir o uso de estratégias inadequadas que podem prejudicar a interação familiar e o desenvolvimento infantil. Tais resultados atestam as evidências descritas na literatura de que programas de orientação parental ou treinamento de pais com embasamento teórico da

Análise do Comportamento podem ser intervenções efetivas na prevenção e/ou redução de problemas de comportamento infantil e na melhora da interação pais-filhos, com alta probabilidade de propiciar um desenvolvimento infantil saudável de acordo com os parâmetros de sua cultura (Bolsoni-Silva, Silveira & Marturano, 2008; Marinho, 2005; Silva, Del Prette & Del Prette, 2000; Webster-Stratton, Gaspar, & Seabra-Santos, 2012; Zazula & Haydu, 2011). Pais cujos filhos apresentam um problema crônico de saúde, tal como crises frequentes de sibilância, também podem se beneficiar deste tipo de intervenção, efeito semelhante aos descritos nos estudos de Bauman et al. (1997), Murdock et al. (2009) e Otsuki et al. (2009).

Considera-se importante destacar que, no decorrer das sessões do POP, conforme os conteúdos previstos foram desenvolvidos e discutidos com os participantes do GT, estes se mostraram interessados e aplicados, realizaram as tarefas solicitadas e participaram ativamente das sessões. Eles reportaram dúvidas, experiências pessoais e soluções alternativas e pertinentes para as dificuldades compartilhadas pelos grupos. Uma queixa comum descrita por todos foi a dificuldade em mudar padrões de comportamento, tais como não gritar para suprimir um comportamento inadequado do filho, ser mais paciente e tolerante com as crianças, falar várias vezes a mesma regra, ser coerente e cumprir com os castigos e recompensas combinados com a criança. Ao término do POP, eles relataram sentir-se mais cansados e estressados, mas destacaram que percebiam seus filhos mais calmos, carinhosos e mais obedientes (melhores, mas aquém do que desejavam). De certo modo, esta dificuldade relatada pelos participantes do GT em mudar padrões de comportamento pode explicar os escores altos de problemas de comportamento apresentados pelo GT no ASR na avaliação pós-intervenção. Para este grupo, cinco pais apresentaram escores clínicos na escala de problemas internalizantes após integrar o POP.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, o POP parece ter auxiliado os participantes do GT a melhorarem suas práticas parentais, por meio da diminuição do uso de práticas negativas na educação infantil. Ressalta-se que durante as sessões do grupo foi possível para estes indivíduos discutirem questões, compartilharem experiências e esclarecerem dúvidas relacionadas ao problema de saúde crônico da criança, pois eles trocaram e compartilharam estratégias e dicas para administrar melhor a rotina de cuidados com a criança, com o ambiente doméstico, com as medicações e com o excesso de restrições de atividades impostas por eles mesmos e não pela equipe médica.

Pôde-se observar que os pais apresentavam um excesso de cuidados em relação às crianças, como, por exemplo, não permitiam que seus filhos consumissem bebidas geladas, restringiam a entrada das crianças em piscinas mesmo com clima propício, e colocavam agasalhos demais nos filhos quando estava frio. Após as discussões no POP, os pais se mostraram mais flexíveis e confiantes nas orientações da equipe de saúde (as quais não restringiam estas atividades) e passaram a permitir que seus filhos se envolvessem nestas atividades. Considera-se interessante mencionar que uma mãe do POP se recusava a colocar seu filho na escola (maternal), pois acreditava que ele iria cair, se machucar, passar mal e ter mais crises respiratórias. A equipe médica recomendou a esta mãe que matriculasse a criança na escola com o intuito de estimular seu desenvolvimento e aumentar suas possibilidades de interação social. O grupo do POP do qual a referida mãe participou fez questão de discutir o impasse vivido por ela e sugeriu que colocasse o filho na escola, descrevendo os benefícios que seus filhos tiveram ao entrarem nesta instituição. No último encontro do grupo, a mãe contou que tinha matriculado seu filho em uma escola particular e estava satisfeita consigo mesma por ter conseguido lidar com seus receios.

Na literatura sobre práticas educativas empregadas por pais cujos filhos apresentam problemas crônicos de saúde, esta superproteção, excesso de cuidados e privação do envolvimento da criança em atividades de lazer apresentados pelos cuidadores do GT são padrões de comportamento frequentemente identificados em famílias com esta problemática (Bauman et al., 1997; Castro & Piccinini, 2002; Eiser, 1990; Ellis et al., 2008; Kratz et al., 2009; McQuaid et al., 2001; Murdock et al., 2009; Otsuki et al., 2009; Piccinini et al., 2003; Santos, 1998; Silver et al., 1998).

As crianças cujos pais foram participantes do estudo apresentaram fatores de risco associados ao desenvolvimento de asma em idade escolar e um dos objetivos do estudo ao elaborar e aplicar o POP junto aos cuidadores de crianças com crises de sibilância foi oferecer um espaço para discussão e reflexão do manejo de questões relacionadas ao cuidado e supervisão do problema de saúde da criança. Tal proposta foi implementada durante todas as sessões do POP, mas particularmente na sessão 2, que teve cunho psicoeducacional, com apresentação de conceitos, conteúdos e práticas de cuidados e preventivos relacionados às crises de sibilância e a asma.

Esta proposta de abordar e discutir aspectos relacionados ao problema de saúde da criança desenvolvida pelo POP é consonante aos estudos da literatura de intervenções

psicológicas focadas em orientações para cuidadores de crianças e adolescentes asmáticos. Tais intervenções apresentaram objetivos de instruir os cuidadores sobre estratégias de enfrentamento mais adequadas ao manejo da doença e habilidades parentais que auxiliem a criança a superar estados emocionais negativos e a se adaptarem à rotina intensa de cuidados (Castro & Piccinini, 2002; Murdock et al., 2009).

Baumam et al. (1997) realizaram uma revisão acerca de intervenções com cuidadores cujas crianças possuem doenças crônicas e recomendaram que os novos estudos com objetivos similares desenvolvessem intervenções com avaliações mais sistematizadas e acuradas dos resultados, com análises estatísticas mais minuciosas e com operacionalização mais detalhada dos conteúdos e procedimentos desenvolvidos. O presente estudo tentou atingir e contemplar algumas destas recomendações ao empregar uma entrevista semiestruturada de avaliação das práticas parentais, ao empregar recursos da estatística inferencial na análise dos dados e ao descrever o POP em termos de conteúdos e procedimentos adotados.

Outro ponto que merece destaque é a adesão dos participantes do GT ao POP. Apesar de doze pais terem começado a participar do POP e, destes, quatro terem desistido durante a intervenção, oito finalizaram o tratamento e tiveram uma frequência de 7 em 10 às sessões do programa.

Quanto aos participantes do GC, é importante ressaltar que, na avaliação pós-intervenção, eles também reportaram menos problemas de comportamento em seus filhos e apresentaram reduções significativas dos escores nos aspectos negativos da interação, isto é, eles relataram aplicar menos práticas negativas na educação de suas crianças, tanto em termos de conteúdo, quanto em frequência. Portanto, os pais do GC também apresentaram ganhos terapêuticos, apesar de não terem participado do POP. Considera-se que para a análise causal destes efeitos dentre os cuidadores do GC, é importante refletir sobre a multideterminação do comportamento e esboçar algumas hipóteses plausíveis. Uma destas hipóteses é a passagem do tempo na vida destes indivíduos, que pode ter favorecido um manejo melhor das dificuldades apresentadas inicialmente. Outra possibilidade é o amadurecimento de seus filhos em termos de desenvolvimento, condição que sinaliza que as demandas infantis podem ter mudado e favorecido alterações nas práticas educativas aplicadas que tornaram o manejo do comportamento da criança menos dificultoso e mais efetivo. Ressalta-se também que os participantes podem ter se familiarizado com os

instrumentos adotados pelo estudo e terem reportado menos dificuldades sob o controle de outras variáveis, tais como responder de acordo com as normas sociais desejadas ou de acordo com as supostas expectativas da pesquisadora.

Outra hipótese se refere ao uso do instrumento RE HSE-P nas avaliações realizadas com os participantes: trata-se de uma entrevista semiestruturada, na qual são feitas questões abertas sobre a interação dos cuidadores com seus filhos, com objetivos de investigar se o cuidador demonstra carinho por seu filho, se o pai ou a mãe se arrependem de algo que disseram ou fizeram para os filhos, de quais comportamentos das crianças os pais gostam e de quais não gostam, o que eles fazem para impor limites e disciplina, se eles demonstram sentimentos positivos e negativos para os filhos e de que forma expressam estes sentimentos. Tais questões podem se configurar como estímulos discriminativos para os pais, uma vez que eles podem atentar mais para o seu próprio padrão de interação com os filhos, identificarem qualidades e *deficit* em seu próprio repertório de práticas educativas e discriminarem as consequências de seus comportamentos nos comportamentos de suas crianças. Deste modo, supõe-se que a entrevista de avaliação possa ter favorecido os ganhos terapêuticos apresentados pelos participantes do GC. Ressalta-se que tal hipótese necessita de estudos específicos e acurados, a fim de identificar os efeitos da aplicação deste instrumento como estratégia de intervenção e não apenas de avaliação.

7.2.6 Estudo final: seguimento dos participantes do Grupo Tratamento

Os participantes do GT foram convidados a tomar parte de mais uma fase do estudo. Seis meses após o término da intervenção, eles compareceram novamente ao IPUSP para mais uma avaliação (seguimento), ocasião na qual todos os instrumentos foram aplicados novamente e em seguida eles participaram de uma sessão de fortalecimento do POP. O GT contou com a colaboração de oitos cuidadores, porém serão apresentados nesta seção de seguimento os dados de seis cuidadores, pois duas mães foram integrantes do último POP realizado pela pesquisadora em agosto de 2014 e com a finalização da coleta de dados, não

havia decorrido o tempo de seis meses necessários para a execução desta etapa com estas colaboradoras. Elas serão avaliadas no segundo semestre de 2015.

Para a análise dos dados de seguimento do GT, as variáveis foram comparadas nos três momentos de avaliação - pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento - pelo teste estatístico não paramétrico de Friedman. As estatísticas descritivas e o valor p obtido no referido teste dos problemas de comportamento dos cuidadores nas escalas de problemas internalizantes e externalizantes do ASR estão apresentados na Tabela 26.

Tabela 26 - Valores dos escores (escore T) em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes às escalas do ASR de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman.

ASR	Internalizantes				Externalizantes			
	Pré	Pós	Seg.	p*	Pré	Pós	Seg.	p*
Média	62,3	59,1	58,6	0,142	54,1	53,6	56,1	0,846
DP	7	8,8	5,2		10,8	8,1	5,1	
Moda	59	42	59		38	52	54	
Mediana	61,5	62,5	59		54	54,5	56,5	

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Não foram identificadas diferenças de escores quanto aos problemas de comportamento dos participantes do GT nas duas escalas do ASR nos três momentos de avaliação. Os escores de problemas de comportamento dos cuidadores do GT permaneceram estáveis antes, após a intervenção e ao longo do tempo de seis meses.

As mesmas comparações foram realizadas com as escalas internalizante e externalizante dos problemas de comportamento infantis avaliados pelo CBCL 1½ a 5. As estatísticas descritivas e o valor p obtido no teste não paramétrico de Friedman dos problemas de comportamento das crianças cujos pais foram participantes do GT estão descritos na Tabela 27.

Tabela 27 - Valores dos escores (escore T) em média, desvio padrão, moda e mediana das crianças cujos pais foram participantes do GT, referentes às escalas do CBCL 1½ a 5 de problemas de comportamento: internalizantes e externalizantes, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman.

CBCL	Internalizantes				Externalizantes			
	Pré	Pós	Seg.	p*	Pré	Pós	Seg.	p*
Média	67,1	59	54,2	0,008*	61	52,1	49,2	0,007*
DP	11,9	12,7	9,4		11,8	9,3	6,8	
Moda	47	65	41		40	35	43	
Mediana	71	65	53		65	51	47	

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

Em termos de média e mediana, observou-se uma redução gradativa dos escores de problemas de comportamento infantis nas duas escalas do CBCL 1½ a 5 nas três avaliações. Os pais identificaram menos problemas de comportamento em seus filhos após a participação no POP e seis meses depois. Tais reduções de escores foram estatisticamente significativas nas duas escalas: problemas internalizantes – $p = 0,008$ e problemas externalizantes – $p = 0,007$.

Para identificar em qual momento de avaliação estas reduções de escores foram consideráveis, foi realizado o teste de medidas repetidas de Wilcoxon com as variáveis duas a duas para tentar identificar onde se encontrava a diferença. Deste modo, foram calculadas as diferenças entre as avaliações pós-intervenção e pré-intervenção, entre a avaliação de seguimento e a pré-intervenção e entre a avaliação de seguimento e a pós-intervenção.

Tabela 28 - Comparações entre os escores (escore T) das duas escalas de problemas de comportamento avaliadas pelo CBCL 1½ a 5 nos três momentos de avaliação, pelo teste de medidas repetidas de Wilcoxon.

Momentos de avaliação	(Pós – Pré)		(Seg. – Pré)		(Seg.-Pós)	
	Z	p*	Z	p*	Z	p*
Internalizantes	-2,201	0,028*	-2,023	0,043*	-2,060	0,039*
Externalizantes	-2,375	0,018*	-2,032	0,042*	-2,041	0,041*

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

A partir das análises realizadas, observa-se que os escores dos problemas de comportamento infantis foram diminuindo no decorrer das avaliações no que tange a ambas as escalas - internalizantes e externalizantes - e estas reduções foram estatisticamente significativas (Tabela 28). Neste sentido, observou-se uma redução significativa dos escores médios das duas escalas de problemas de comportamento na avaliação pós-intervenção e redução significativa dos escores médios também foi observada no seguimento.

Em relação às habilidades educativas dos cuidadores, no que tange aos aspectos positivos da interação, observa-se que houve um aumento gradativo nos três momentos de avaliação em termos de média, moda e mediana nas classe de comportamento HSE-P e TPOS em conteúdo e frequência; enquanto que, para as variáveis HS e CONT em conteúdo e frequência, notou-se valores de escores médios, moda e mediana maiores que os do momento pré-intervenção nas avaliações pós-intervenção ou seguimento, mas estes aumentos não foram gradativos. Nas análises realizadas pelo teste de Wilcoxon, não foram

detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação (Tabela 29).

Tabela 29 - Valores dos escores em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes aos aspectos positivos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: HSE-P, HS, CONT e TPOS, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman.

Variável	Momentos avaliação	Média	Desvio padrão	Moda	Mediana	p*
Conteúdo						
HSE-P	Pré	12,6	2,1	12	12,5	0,951
	Pós	13,8	1,6	14	14	
	Seguimento	14,3	1,5	15	15	
HS	Pré	14,9	2	14	14,5	0,337
	Pós	17,4	2,9	18	18	
	Seguimento	15,8	2,9	13	16,5	
CONT	Pré	16,8	2,3	14	16,5	0,827
	Pós	16,8	2,6	18	18	
	Seguimento	17,3	2,4	17	17,5	
TPOS	Pré	48,1	5,2	44	50,2	0,607
	Pós	52	4	45	53	
	Seguimento	51,1	6,4	55	54	
Frequência						
HSE-P	Pré	10,1	2,7	12	10,5	0,172
	Pós	13	2	13	11	
	Seguimento	14	1	14	14	
HS	Pré	10,9	2,7	12	11,5	0,188
	Pós	12	2	12	10	
	Seguimento	13	1	12	12	
CONT	Pré	1,3	0,7	1	1	1,000
	Pós	1	1	1	1	
	Seguimento	2	1	1	2	
TPOS	Pré	22,3	4,6	20	22	0,116
	Pós	27	6	27	22	
	Seguimento	28	2	29	29	

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: HSE-P = habilidades sociais educativas parentais; HS = habilidades sociais infantis; CONT = variáveis de contexto; TPOS = Total Positivo.

No que tange aos aspectos negativos da interação, os participantes do GT apresentaram uma redução considerável dos escores médios no momento pós-intervenção em termos de conteúdo e frequência em todas as classes de comportamento – PR NEG, PROBL e TNEG – mas estas reduções dos escores não continuaram ocorrendo no momento de avaliação de seguimento. Observou-se que os valores dos escores médios, as modas e

medanas se mantiveram próximos entre as avaliações pós-intervenção e seguimento. As estatísticas descritivas e as comparações feitas pelo teste não paramétrico de Friedman quanto aos aspectos negativos da interação avaliados pelo RE HSE-P estão descritas na Tabela 30.

Tabela 30 - Valores dos escores em média, desvio padrão, moda e mediana dos participantes do GT, referentes aos aspectos negativos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nas três avaliações, pré-intervenção, pós-intervenção e seguimento, cujas comparações foram feitas pelo teste não paramétrico de Friedman.

Variável	Momentos avaliação	Média	Desvio padrão	Moda	Mediana	p*
Conteúdo						
PR NEG	Pré	11,9	3,8	17	11,5	0,006*
	Pós	5	1	5	5	
	Seguimento	6	1	4	6	
PROBL	Pré	13,8	6,1	7	13	0,006*
	Pós	5	2	4	5	
	Seguimento	4	2	2	5	
TNEG	Pré	29	9,3	31	31	0,007*
	Pós	12	2	11	13	
	Seguimento	12	4	7	12	
Frequência						
PR NEG	Pré	7,8	3,2	9	8	0,003*
	Pós	2	1	1	2	
	Seguimento	3	1	3	3	
PROBL	Pré	1,1	1,2	0	1	0,646
	Pós	1	1	1	1	
	Seguimento	1	1	0	1	
TNEG	Pré	8,8	3,7	9	9	0,007*
	Pós	3	1	1	3	
	Seguimento	4	1	3	4	

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$. Legenda: PR NEG = práticas negativas; PROBL = problemas de comportamento infantis; TNEG = Total Negativo.

De acordo com as comparações feitas pelo teste não paramétrico de Friedman, foram identificadas reduções estatisticamente significativas de escores médios em todas as variáveis dos aspectos negativos da interação, tanto no que se refere ao conteúdo, quanto à frequência; esta diferença só não foi significativa para a frequência de emissão da classe de comportamento PROBL, em termos de frequência (Tabela 30).

Para identificar em qual momento de avaliação estas reduções de escores foram consideráveis, foi realizado o teste de medidas repetidas de Wilcoxon com as variáveis duas a duas para tentar identificar onde se encontrava a diferença. Deste modo, foram calculadas

as diferenças entre as avaliações pós-intervenção e pré-intervenção, entre a avaliação de seguimento e a pré-intervenção e entre a avaliação de seguimento e a pós-intervenção para os aspectos negativos da interação (Tabela 31).

Tabela 31 - Comparações entre os escores dos participantes do GT, referentes aos aspectos negativos da interação avaliados pelo RE HSE-P, em itens de conteúdo e frequência: PR NEG, PROBL e TNEG, nos três momentos de avaliação, pelo teste de medidas repetidas de Wilcoxon.

Momentos de avaliação	(Pós – Pré)		(Seg. – Pré)		(Seg.-Pós)	
	Z	p*	Z	p*	Z	p*
Conteúdo						
PR NEG	-2,527	0,012*	-2,201	0,028*	-0,408	0,683
PROBL	-2,521	0,012*	-2,201	0,028*	-1,473	0,141
TNEG	-2,524	0,012*	-2,201	0,028*	0,0184	0,854
Frequência						
PR NEG	-2,524	0,012*	-2,207	0,027*	-2,041	0,041*
TNEG	-2,527	0,012*	-1,826	0,068	-1,475	0,144

*Nível de significância adotado: $p < 0,05$.

A partir das análises realizadas, observa-se que os escores dos aspectos negativos da interação diminuíram consideravelmente em todas as classes de comportamento nas comparações da avaliação pré-intervenção com os momentos de avaliação pós-intervenção e seguimento, sendo que tais diferenças foram estatisticamente significativas em termos de frequência e conteúdo. Contudo, os valores médios dos escores mantiveram-se parecidos e não apresentaram alterações significativas entre as avaliações pós-intervenção e seguimento. Apenas a variável PR NEG em termos de frequência apresentou uma redução gradativa dos escores dentre os participantes do GT nos três momentos de avaliação e tais diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 31).

Avaliações de seguimento são medidas importantes e fundamentais para comprovar a eficácia de um tratamento e para acompanhar e observar os efeitos de uma intervenção ao longo do tempo e em termos de generalização dos possíveis ganhos terapêuticos (American Psychological Association, 2014; Bauman et al., 1997; Mrazek & Haggerty, 1994; Murdock et al., 2009). Os dados da avaliação de seguimento dos participantes do GT foram importantes para observar que, ao longo de seis meses, para seis dos oitos colaboradores, os ganhos terapêuticos se mantiveram e as dificuldades remanescentes também.

Bolsoni-Silva et al. (2010) realizaram um estudo que descreveu o estado da arte do treinamento de pais a partir de 192 resumos publicados entre o ano de 1986 e junho de 2006 e identificaram que poucos destes estudos apresentaram avaliações de seguimento. O presente estudo pretendeu atender, em parte, a esta lacuna sobre dados de seguimento em pesquisas sobre esta temática ao acompanhar os participantes seis meses após o término da intervenção.

8. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

8.1 CONCLUSÕES

Retomando as hipóteses levantadas no estudo, considera-se importante analisar se elas foram confirmadas ou refutadas.

1) As crianças que apresentam crises de sibilância exibirão problemas de comportamento, principalmente, internalizantes.

De acordo com as avaliações propiciadas pelo CBCL 1½ a 5, as crianças cujos pais foram participantes do estudo apresentaram índices elevados de problemas de comportamento, principalmente do tipo internalizante. Além disso, as crianças avaliadas pelos pais do GT apresentaram escores médios mais altos do que as crianças do GC. Dados de prevalência de problemas de comportamento em crianças com asma indicam que estas crianças apresentam alto risco para problemas de comportamento, principalmente os internalizantes, tais como depressão e ansiedade, pois tais crianças podem experimentar situações aversivas devido à rotina de cuidados para manejar a doença como, por exemplo, uso diário de medicações e idas mais frequentes aos serviços de saúde (McQuaid, Kopel & Nassau, 2001; Otsuki et al., 2009). As crianças avaliadas no estudo apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de asma em idade escolar, tais como as frequentes crises de sibilância, sexo masculino e histórico familiar positivo para problemas respiratórios. Como potenciais asmáticos, as crianças avaliadas já exibem problemas de comportamento com escores médios mais altos para o tipo internalizante. Tais dificuldades são motivo de preocupação, uma vez que estes infantes estão na primeira infância, ainda não tiveram o diagnóstico de asma confirmado pela equipe médica, mas parecem sofrer repercussões deste problema de saúde em seu desenvolvimento.

2) Os cuidadores apresentarão deficit em habilidades sociais educativas parentais.

Com base nas informações obtidas pelo RE HSE-P, os pais do presente estudo em ambos os grupos – GT e GC – na avaliação pré-intervenção, apresentaram um repertório adequado de habilidades sociais educativas no que tange aos aspectos positivos da interação, principalmente nas classes de comportamento HS, CONT e TPOS, mas obtiveram

escores classificados como clínicos por empregarem muitas práticas negativas para impor disciplina e limites a seus filhos. Assim, os pais do presente estudo apresentaram *deficit* em habilidades sociais educativas parentais e estas dificuldades parentais são consonantes com dados da literatura que indicam que pais de crianças com problemas crônicos de saúde podem apresentar dificuldades em lidar com o filho. Tais complicações podem ser expressas através de extrema preocupação, irresponsividade às reais necessidades da criança, superproteção, monitoria negativa e *deficit* em impor limites e disciplina (Castro & Piccinini, 2002; McQuaid et al., 2001; Murdock et al., 2009; Otsuki et al., 2009; Santos, 1998; Silver et al., 1998).

3) Os cuidadores que participarem do Programa de Orientação Parental apresentarão melhora de suas habilidades sociais educativas parentais e empregarão mais práticas educativas positivas e promotoras de desenvolvimento psicossocial saudável na educação de seus filhos, em comparação com o Grupo Comparação.

Segundo os resultados obtidos no presente estudo, os pais do GT apresentaram melhora das habilidades educativas nos aspectos positivos da interação (variáveis HSE-P, HS e TPOS), condição que não foi notada no GC e, nos aspectos negativos da interação, o GT apresentou diminuição do uso de práticas negativas, principalmente em termos de frequência em duas variáveis, PR NEG e TNEG, e tais reduções dos escores médios foram estatisticamente significativas quando comparadas com os escores médios do GC. Estes resultados também foram reportados por outros estudos publicados na literatura, tais como o de Silva, Del Prette e Del Prette (2000), Marinho e Silares (2000), Melo (1999) e Pinheiro et al., 2006. Um resultado não esperado e não previsto pelo estudo foi que o GC também apresentou redução da aplicação de práticas negativas. Ressalta-se que na avaliação efetuada seis meses após o término da intervenção, os pais do GT mantiveram os resultados apresentados na avaliação pós-intervenção nas variáveis problemas de comportamento dos cuidadores e nas habilidades educativas parentais (aspectos positivos e negativos), sendo que se observou uma redução estatisticamente significativa dos problemas de comportamento infantis no seguimento. Os pais do GT continuaram identificaram menos problemas de comportamento em seus filhos no seguimento.

8.2 LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO

O presente estudo procurou contribuir para o conhecimento de como a psicologia pode atuar na assistência às famílias cujos filhos apresentam problemas crônicos de saúde na infância, especificamente a sibilância. Um programa de intervenção psicológica foi elaborado e aplicado em cuidadores cujas crianças apresentam crises frequentes de sibilância e tal configuração de atendimento parece ter sido pioneira no Brasil, uma vez que não foram localizadas pesquisas similares com esta temática. Contudo, a presente pesquisa apresentou algumas limitações que valem a pena ser destacadas.

Em função do número reduzido de cuidadores participantes ($n = 19$), não se pode generalizar os dados obtidos neste estudo para outros contextos e para outras clientela. O recrutamento de participantes foi uma das maiores dificuldades do estudo e, apesar da adoção de diversas estratégias para a obtenção de um contingente maior de cuidadores, não foi possível obter uma amostra mais numerosa devido a uma série de fatores, dentre eles a indisponibilidade dos participantes em comparecer ao atendimento. Em virtude da pequena amostra obtida, não foi possível randomizar os participantes para as duas condições e garantir a uniformidade de algumas características dos grupos.

No que tange às medidas de avaliação, uma vulnerabilidade do estudo é o uso exclusivo de instrumentos de autorrelato, sem o emprego de outros métodos de coleta de informações, tais como observações da interação entre pais e filhos, filmagens ou o envolvimento de outros informantes, por exemplo, o cônjuge que não participou da intervenção, parente mais próximo que convive cotidianamente com a família e professores das crianças.

A intervenção desenvolvida e aplicada pelo estudo junto aos cuidadores cujas crianças apresentavam crises frequentes de sibilância se propôs a ser preventiva, pois se os pais apresentarem habilidades e práticas educativas adequadas, as crianças terão menos risco de desenvolver problemas de comportamento ao longo de seu desenvolvimento. Embora os cuidadores participantes tenham apresentado uma melhora das práticas educativas após a intervenção, este efeito preventivo sobre os problemas de comportamento infantis será possível de ser observado em longo prazo e por meio de acompanhamento e avaliações periódicas destas famílias. Apesar de o estudo descrever os

resultados de uma avaliação de seguimento realizada seis meses após a intervenção, não foi possível, com base no procedimento adotado pelo estudo, observar este efeito preventivo com a devida acurácia. Nesse sentido, recomenda-se que pesquisas futuras invistam em desenhos longitudinais.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos de um programa de orientação parental com enfoque preventivo para problemas de comportamento infantis, sobre as práticas educativas empregadas por cuidadores cujas crianças apresentam crises de sibilância. Os resultados obtidos sugerem que:

1) os participantes apresentaram escores elevados de problemas de comportamento, especificamente do tipo internalizante, sendo que os pais do GT apresentaram mais escores considerados clínicos do que os do GC;

2) um dos fatores de risco individual mais associado aos problemas de comportamento infantis é o número de hospitalizações durante os primeiros anos de vida (Anselmi et al., 2004) e dentre as crianças avaliadas no estudo, as sete que compuseram a amostra do GT e seis dentre as nove do GC, treze já foram hospitalizadas em algum momento de suas vidas. Assim, estas crianças podem apresentar maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento, uma vez que elas e suas famílias já vivenciaram a experiência da hospitalização.

3) os pais de ambos os grupos reportaram escores médios elevados de problemas de comportamento em seus filhos, principalmente do tipo internalizante, no momento de avaliação pré-intervenção e observou-se uma redução estatisticamente significativa destes escores médios na avaliação pós-intervenção quando foram comparados consigo mesmos e não na comparação entre os grupos, sendo que os pais do GT continuaram detectando menos problemas de comportamento na avaliação de seguimento realizada seis meses após o término da intervenção e tal redução foi estatisticamente significativa;

4) os cuidadores participantes do POP apresentaram aumentos dos escores médios nos aspectos positivos da relação - variáveis HSE-P, HS e TPOS – sugerindo uma melhora das habilidades educativas parentais, condição que não foi notada no GC. Nos aspectos negativos da interação, o GT apresentou diminuição do uso de práticas negativas, principalmente em termos de frequência em duas variáveis, PR NEG e TNEG, e tais reduções dos escores médios foram estatisticamente significativas quando comparadas com os escores médios do GC. Deste modo, considera-se que para os participantes do GT o POP

pode ter colaborado para o aumento das habilidades sociais educativas parentais (principalmente em termos de conteúdo) e para a redução das práticas educativas negativas, tanto no que se refere ao conteúdo, quanto à frequência. E na avaliação de seguimento efetuada seis meses após o término da intervenção, os pais do GT mantiveram, em média, os resultados obtidos na avaliação pós-intervenção.

Considera-se que o POP parece ser uma intervenção que pode auxiliar as famílias, cujos filhos apresentam problemas crônicos de saúde na infância, no manejo das dificuldades decorrentes desta condição adversa. Os encontros estruturados do POP parecem ter ajudado os pais a esclarecerem dúvidas sobre o desenvolvimento infantil, sobre como impor limites e disciplina empregando estratégias educativas positivas e mais eficazes e também parecem ter se configurado como um espaço no qual estes pais puderam conversar e trocar experiências sobre o manejo das crises de sibilância e das dificuldades em exercer o papel de educadores.

O POP foi estruturado para ser realizado em grupo. A opção por este formato, ao invés do atendimento individual, pode ter uma boa relação custo-benefício, ao propiciar o atendimento psicológico a um número maior de indivíduos e mostrar-se adequado para atender às condições de recursos humanos, físicos e financeiros que compõem a realidade de atendimento da saúde mental no Brasil. Ademais, intervenções em grupo se constituem em um recurso terapêutico importante, pois os participantes se identificam quanto às dificuldades apresentadas, relatam e trocam experiências, discutem e compartilham estratégias para lidar melhor com os problemas e os membros do grupo também podem fornecer modelos, ao invés de apenas o psicólogo. A intervenção em formato grupal possibilita a ampliação das interações dos participantes com diferentes e variadas contingências, uma vez que compartilham experiências relacionadas tanto às dificuldades quanto às estratégias para manejá-las e treinam habilidades sociais significativas, tais como empatia, assertividade, autoexpressão de sentimentos e pensamentos, e a capacidade de receber e de fazer críticas.

Um dos cuidados tomados no presente estudo foi o de elaborar uma intervenção que pudesse ser aplicada e incorporada à rotina de atendimentos dos serviços de saúde infantil, com o intuito de prover suporte a famílias cujas crianças apresentam problemas crônicos de saúde, oferecendo orientações de um profissional da psicologia e um espaço de discussão e escuta para esses pais e/ou cuidadores, no qual pudessem compartilhar suas dificuldades e

refletir sobre como manejá-las, principalmente no que tange à educação infantil. O conhecimento produzido no contexto acadêmico, dentro das universidades, deve ser planejado e moldado para propiciar sua aplicação na comunidade, para torná-lo útil à sociedade em diferentes dimensões. Esta disseminação do conhecimento científico em termos de aplicabilidade e funcionalidade na comunidade é uma das formas de superar a lacuna entre pesquisa e prática e de promover o diálogo entre a universidade e a sociedade.

Atualmente, a avaliação de intervenções psicológicas em termos de eficácia e efetividade regida pelas diretrizes dos padrões-ouro em ciência, tais como as práticas baseadas em evidências, é um processo complexo que demanda uma série de cuidados e protocolos que nem sempre são possíveis de serem contemplados, em função do contexto da realidade concreta, no qual uma série de variáveis não são passíveis de controle e de experimentação. Tendo em vista estas questões de ordem prática e tendo como foco a aplicabilidade da intervenção, o estudo procurou desenvolver uma intervenção psicológica que pudesse promover a aproximação da universidade com a comunidade, especificamente com as instituições de saúde. Deste modo, o delineamento do estudo foi quaseexperimental, com a intervenção planejada e avaliada em formato grupal, e teve-se a preocupação de descrever as sessões que compõem o POP de forma a facilitar a reprodução por outros psicólogos e de observar os efeitos da intervenção em uma população – famílias cujas crianças apresentam crises frequentes de sibilância – que é frequentemente encontrada em serviços de pediatria no Brasil.

Para a psicologia, estudos que avaliam intervenções são importantes e propiciam a ampliação das ferramentas que os psicólogos podem empregar em sua práxis, principalmente nos âmbitos da saúde pública e do SUS, nos quais a atuação do psicólogo está em crescente valorização e expansão.

É importante ressaltar que o POP desenvolvido e aplicado pelo estudo é focado em um problema de saúde específico – as crises frequentes de sibilância na primeira infância – e que a aplicação desta intervenção junto a cuidadores de crianças com outros problemas crônicos deve ser investigada e testada, a fim de observar seus efeitos em populações diferentes, tais como crianças com diabetes e obesidade, dentre outros problemas crônicos. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas na psicologia com esta temática, pois os psicólogos são profissionais que compõem as equipes de saúde em diferentes locais de

atendimento do SUS e tais estudos podem fundamentar, enriquecer e ampliar a atuação da psicologia voltada para o público infantojuvenil e suas famílias no contexto da saúde.

Outro aspecto produzido pelos resultados do presente estudo que demanda pesquisas futuras diz respeito à hipótese de que a entrevista de avaliação, principalmente a aplicação do RE HSE-P, pode se configurar como um tipo de intervenção com os pais, pois sugere-se que o GC pode ter apresentado diminuição do uso de práticas negativas na educação infantil por responder a esta entrevista e pareceu atentar para o próprio comportamento ao experienciar esta condição. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos que procurem investigar os efeitos deste tipo de entrevista sobre as habilidades e práticas educativas, a fim de observar se os pais são afetados, se há mudanças e em quais aspectos.

Os estudos de prevenção em psicologia no Brasil são poucos e incipientes, particularmente quando comparados com o panorama da literatura internacional. O presente estudo almejou contribuir com o enriquecimento de pesquisas de prevenção em psicologia no Brasil, pois teve a preocupação de atuar com cuidadores cujas crianças eram pequenas (menores de seis anos) e apresentavam um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamentos (crises frequentes de sibilância), a fim de intervir precocemente junto a estas famílias e possibilitar uma possível redução de desfechos desfavoráveis no desenvolvimento infantil. Este enfoque preventivo é importante, não apenas para a diminuição dos fatores de risco, mas também para o desenvolvimento e fortalecimento de fatores de proteção. Ressalta-se a importância e urgência do desenvolvimento de estudos preventivos no cenário nacional, pois tais estudos podem embasar o desenvolvimento de políticas públicas e ampliar as possibilidades de atendimento psicológico à população em diferentes contextos.

Considerando-se que pesquisas como esta são relevantes para elucidar aspectos referentes ao atendimento psicológico de famílias cujas crianças apresentam problemas crônicos de saúde na infância, ressalta-se que a realização de novas investigações de natureza similar podem corroborar, complementar e ampliar os dados obtidos neste estudo.

10. REFERÊNCIAS

- ABC da Saúde Infantil. Recuperado em 21 de agosto de 2013 de <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/abc-saude-infantil/a/aparelho-respiratorio/>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, and Families.
- Amaral, V.L.A.R., & Albuquerque, S.R.T.P. (2000). Crianças com problemas crônicos de saúde. In E. F. de M. Silveiras (Org.) *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil: fundamentos conceituais, estudos grupais e estudos relativos a problemas de saúde* (Vol. I) (pp. 219-232). Campinas: Papirus.
- American Psychological Association (2014). Guidelines for Prevention in Psychology. *American Psychologist*, 69(3), 285–296. doi: 10.1037/a0034569
- 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.
- Bauman, L.J., Drotar, D., Leventhal, J.M., Perrin, E.C., & Pless, I.B. (1997). A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 100(2), 244-251.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 11-28.
- Barros, L., & Santos, M. C. (1999). Significações parentais e adesão em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, XX (3), 471-482.
- Bayer, J.K., Hiscock, H., Morton-Allen, E., Ukoumunne, O.C., & Wake, M. (2007). Prevention of mental health problems: rationale for a universal approach. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 34-38.
- Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., & Wake, M. (2011). Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. *Depression and anxiety*, 28(1), 50-57.

- Bianca, A.C.D., Wandalsen, G.F., & Solé, D. (2010). Lactente sibilante: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, 33 (2), 43-50.
- Bijou, S. W., & Baer, D. M. (1980). *O desenvolvimento da criança*. São Paulo: EPU.
- Bolsoni-Silva, A.T., & Marturano, E.M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7(2), p.227-235.
- Bolsoni-Silva, A.T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V(2), 91-103.
- Bolsoni-Silva, A.T. (2007). Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. *Temas em Psicologia*, 15(2), 217-235.
- Bolsoni-Silva, A.T., Silveira, F.F., & Marturano, E.M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X(2), 125-142.
- Bolsoni-Silva, A.T., Boas, A.C.V., Romera, V.B., & Silveira, F.F. (2010). Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 104-118.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S.R., & Marturano, E.M. (2011). *Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais* (RE-HSE-P). São Paulo: Vetor (Coleção RE-HSE-P; v.1).
- Caetano, J.R.M., Bordin, I.A.S., Puccini, R.F., & Peres, C.A. (2002). Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(3), 285-291.
- Castro, E.K., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crônicos: aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 81-86.
- Castro, E.K., & Piccinini, C.A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(3), 625-635.

- Castro, E.K., & Piccinini, C.A. (2004). A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 89-99.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379, 1653-1664.
- Chong Neto, H.J. & Rosário, N.A. (2010). Wheezing in infancy: epidemiology, investigation, and treatment. *Jornal de Pediatria*, 86(3), 171-178.
- Coie, J.D., Norman, F.W., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B., & Long, B. (1993). The Science of Prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Cowen, E.L. (1997). On the semantics and operations of primary prevention and wellness enhancement (Or will the real primary prevention please stand up?). *American Journal of Community Psychology*, 25(3), 245-255.
- Daneluci, R.C. (2010). *Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na atenção básica* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Dariz, L.E., & Rech, V. (2013). Asma na infância. *Revista Médica Hospital São Vicente de Paulo*, 38, 38-45.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(1), 85-98.

- Ellis, D.A., Templin, T.A., Naar-King, S., & Frey, M.A. (2008). Toward conceptual clarity in a critical parental monitoring in youth with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 799-808.
- Fernandes, L.F.B., Luiz, A.M.A.G, Miyazaki, M.C.O.S., & Marques Filho, A.B. (2009). Efeitos de um programa de orientação em grupo para cuidadores de crianças com transtornos psiquiátricos. *Estudos de Psicologia/Campinas*, 26(2), 147-158.
- Ferrer, A.P.S. (2009). *Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde23022010145034/publico/AnaPSFerrer.pdf>
- Freire, F.A., Senise Júnior, M.F., Wandalsen, G.F., Malozzi, M.C., & Solé, D. (2012). Perfil de lactentes sibilantes acompanhados em serviços de referência: avaliação de dez anos. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, 35(2), 71-77.
- Gehm, T.P. (2013a). *Reflexões sobre o estudo do desenvolvimento na perspectiva da Análise do Comportamento* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gehm, T.P. (2013b). O Desenvolvimento sob a ótica da Análise do Comportamento. *Boletim Contexto*, 38, 62-84.
- Global Initiative for Asthma [GINA] (2010). Recuperado de <http://www.ginasthma.org/>
- Gomide, P.I.C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. D., & Sabbag, G. M. (2006). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10(2), 169-178.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: J. A Steinberg & M. M. Silverman (Orgs.). *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). M. D: Department of Health and Human Services.

Guxens, M., Sonnenschein-van der Voort, A.M., Tiemeier, H., Hofman, A., Sunyer, J., de Jongste, J.C., Jaddoe, V.W., & Duijts, L. (2014). Parental psychological distress during pregnancy and wheezing in preschool children: The Generation R Study. *Journal Allergy Clinical Immunology*, 133(1), 59-67.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – Brasil e síntese de indicadores de 2013*. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000018851209112014124618639859.pdf>

Junqueira, V. (2001). Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). São Paulo: Instituto Polis/PUC-SP. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3).

Krats, L., Uding, N., Trahms, C.M., Villareale, N., & Kieckhefer, G.M. (2009). Managing childhood chronic illness: parent perspectives and implications for parent-provider relationships. *Families, Systems & Health*, 27(4), 303-313.

Kutash, K., Duchnowski, A. J., & Lynn, N. (2006). *School-based mental health: An empirical guide for decision-makers*. Tampa: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Department of Child and Family Studies, Research and Training Center for Mental Health.

Lacerda Júnior, F., & Guzzo, R.S.L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. *Interação em Psicologia*, 9(2), 239-249.

Lima, L.M.M. (2005). *A criança com asma: estudo de perfis de adaptação psicológica e de algumas variáveis preditivas* (Tese de Doutorado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Linhares, M. B. M., Santa Maria-Mengel, M. R., Silveiras, E. F. M., & Rocha, M. M. (2010). Versão brasileira do “Child behavior checklist for ages 1½ a 5”. T. M. Achenbach, & L. A. Rescorla (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.

Maia, J.M.D., & Williams, L.C.A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.

- Marinho, M.L. (1999). Comportamento infantil antissocial: programa de intervenção junto à família. In: R.R. Kerbauy & R.C. WIELENSKA. *Sobre comportamento e cognição – da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 207-215). Santo André: Arbytes.
- Marinho, M.L. (2000). A intervenção clínica comportamental com famílias. In: E.F.M. Silveiras (Org.). *Estudos de caso em Psicologia clínica comportamental infantil* (Vol. I) (p.139-174). Campinas, SP: Papirus.
- Marinho, M. L. (2000b). Intervenção comportamental para pais e crianças em clínica-escola: efetividade, limitações e prevenção contra desistência. Em: R.R. Kerbauy. *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp.247-256). Santo André, SP: SET.
- Marinho, M.L., & Silveiras, E.F.M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, 299-318.
- Marinho, M.L. (2005). Um programa estruturado para o treinamento de pais. In: V.E. Caballo & M.A. Simón (Orgs.) *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (p.417-443). São Paulo, SP: Livraria Santos.
- Matos, A.P.S., & Machado, A.C.C. (2007). Influência das variáveis biopsicossociais na qualidade de vida em asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 139-148.
- Mattar, Z.D.L. (2008). Asma na Infância. *Pediatria Moderna*, 44(2), 37-46.
- McQuaid, E.L., Kopel, S.J., & Nassau, J.H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis. *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 430–490.
- Medeiros, D., Silva, A.R., Rizzo, J.A., Sarinho, E., Mallol, J., & Solé, D. (2011). Prevalência de sibilância e fatores de risco associados em crianças no primeiro ano de vida, residentes no município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(8), 1551-1559.
- Melo, M.H.S. (1999). *Um atendimento psicológico preventivo numa clínica-escola de São Paulo* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Ministério da Saúde. Brasil. (2002). *AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1*. Ministério da Saúde, Organização

Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed. rev. Recuperado de https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2FAIDPI_modulo_1.pdf&ei=l4mJVar0E4mxggS5lYHQCCQ&usg=AFQjCNG_IR9zx0h65n1xNIVst2YEmn_JrQ&bvm=bv.96339352,d.eXY

Ministério da Saúde. Brasil (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

Miranda, L.P., Resegue, R., & Figueiras, A.C.M. (2003). A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*, 79(1), S33-S42.

Miyazaki, M.C.O.S., Amaral, V.L.A.R., Salomão Júnior, J.B., & Grecca, K.R.R. (2006). Asma e depressão em crianças e adolescentes. In: M.C.O.S. Miyazaki, N.A.M. Domingos, & N.I. Valerio (Orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 47-56). São José do Rio Preto, SP: THS/Arantes.

Mota, A. D. P. (2015). *Identificação de transtornos do espectro de autismo com Child Behavior Checklist (CBCL): evidências de sensibilidade* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Murdock, K.K., Robinson, E.M., Adams, S.K., Berz, J., & Rollock, M.J.D. (2009). Family-school connections and internalizing problems among children living with asthma in urban, low-income neighborhoods. *Journal of Child Health Care*, 13(3), 275-294.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in Prevention: principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449-456.

Otsuki, M., Eakin, M. N. , Rand, C. S., Butz, A. M, Hsu, V. D., Zuckerman, I. H., Ogborn, J. D., Bilderback, A., & Riekert, K. A. (2009). Adherence feedback to improve asthma outcomes among inner-city children: a randomized Trial. *Pediatrics*, 124(6), 1513-1521.

- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*, 1, 11-31. Recuperado de <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>.
- Paranhos, V.D., Pina, J.C., & Mello, D.F. (2011). Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 19(1), 203-211.
- Patias, N.D., Siqueira, A.C., & Dias, A.C.G. (2013). Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 21(1), 29-40.
- Pesce, R.P., Assis, S.G., Santos, N., & Oliveira, R.V.C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de Resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Peterson, L., Tremblay, G., Ewigman, B., & Saldana, L. (2003). Multilevel selected primary prevention of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 749-757.
- Piccinini, C.A., Castro, E.K., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V.Z. (2003). A doença crônica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 75-83.
- Pinheiro, M.I.S., Haase, V.G., Del Prette, A., Amarante, C.L.D., & Del Prette, Z.A.P. (2006). Treinamento de Habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407-414.
- Pires, M. L. N., Silveiras, E. F. M., Rafihi-Ferreira, R. Rocha, M. M., Fernandes, L. F. B., & Melo, M. H. B. (2014). Reprodutibilidade e consistência interna do CBCL/1,5-5 e problemas de comportamento em uma amostra de crianças pré-escolares. In *Resumos da 44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Ribeirão Preto, SP.
- Reppold, C.T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C.S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competência psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativos e dos estilos parentais. Em: Hutz, C.S. (Org.) *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Ribes, E. (1996). Reflexiones sobre la naturaliza de una teoría del desarrollo del comportamiento y su aplicación. Em: S. W. Bijou, & E. Ribes (Coords.). *El desarrollo del comportamiento* (pp. 267-282). México: Universidad de Guadalajara.
- Roberts, M.C., & Steele, R.G. (Ed.) (2009). *Handbook of Pediatric Psychology*, 4 ed., New York: The Guilford Press.
- Sales, J., Fivush, R., & Teague, G.W. (2008). The role of parental coping in children with asthma's psychological well-being and asthma-related quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(2), 208-219.
- Salomão Júnior, J.B., Miyazaki, M.C.O.S., Cordeiro, J.A., Domingos, N.A.M., & Valério, N.I. (2008). Asma, competência social e transtornos comportamentais em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia* (Campinas, SP), 25(2), 185-192.
- Santos, S.V. (1998). A família da criança com doença crônica: abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 65-75.
- Silva, M.G.N. (2001). Doenças crônicas na infância: conceito, prevalência e repercussões emocionais. *Revista de Pediatria do Ceará*, 2(2), 29-32.
- Silva, M.A.S., Collet, N., Silva, K.L., & Moura, F.M. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 359-365.
- Silvares, E.F.M. (2004). Porque trabalhar a família quando se promove terapia comportamental de uma criança. *Centro de Estudos em Psicologia*. Recuperado de <http://www.cemp.com.br/artigos.asp?id=50>.
- Silvares, E. F. M. (2013). *Estudo de validação multicultural do "Inventário de Autoavaliação para Adultos" (ASR) e do "Inventário de avaliação de Adultos de 18 a 59 anos" (ABCL): Dados brasileiros* (Relatório apresentado à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo). São Paulo/SP.
- Silveira, J.M.; Silvares, E.F.M., & Marton, S.A. (2003). Programas preventivos de comportamentos antissociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 20(3), 59-67.

Silver, E.J., Westbrook, L.E., & Stein, R.E.K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences on chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(5), 5-15.

Skinner, B.F. *Ciência e comportamento humano* (10a ed.) São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da Asma – 2012. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(1), S1-S46.

Solé, D. (2008). Sibilância na infância. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(6), 337-339.

Straub, R.O. (2012). *Psicologia da Saúde. Uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.

Telles Filho, P.A. (2012, 27 de agosto). Asma brônquica: asma na infância. *Informações médicas*. Recuperado de http://www.asma-bronquica.com.br/PDF/asma_infancia.pdf.

Vieira, M.A., & Lima, R.A.G. (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(4), 552-60.

Weber, L. N.D., Selig, G.A., Bernardi, M.G., & Salvador, A.P.G. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações - transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), 407-414.

Weber, L., Salvador, A. P. V., & Brandenburg, O. J. (2011). *Programa de qualidade na interação familiar: manual para aplicadores*. Curitiba: Juruá.

Webster-Stratton, C. (1984). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 583-593.

Webster-Stratton, C., Gaspar, M., & Seabra-Santos, M. (2012). Incredible Years parent, teachers and children's series: Transportability to Portugal of early intervention programs for preventing conduct problems and promoting social and emotional competence. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 157–169. doi:10.5093/in2012a15.

Zazula, R. & Haydu, V.B. (2011). Análise aplicada do comportamento e capacitação de pais: revisão de artigos publicados pelo Journal of Applied Behavior Analysis. *Acta Comportamentalia*, 20(1), 87-107.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Prevenção em Psicologia: Programa de Orientação Parental para cuidadores de criança com asma
Área Temática: asma

Pesquisador: Luan Flávia Barufi Fernandes

Versão: 2

Instituição: INSTITUTO DE PSICOLOGIA ((USP))

CAAE: 00590612.4.0000.0076

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 30520

Data da Relatoria: 01/06/2012

Apresentação do Projeto:

Avaliação de um programa de orientação de cuidadores de crianças com asma, comparando 30 sujeitos de pesquisa treinados versus outros 30 que não participarão do treinamento em primeira instância.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar alterações psicológicas nas crianças portadoras de asma, e comparar seu desempenho após intervenção com os cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos tendem a zero, e zcredita-se qua havará benefício.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante nas áreas de pediatria e psicologia, um projetoclaro, critérios de inclusão e exclusão bem definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE necessitava correções realizadas pela pesquisadora após solicitação.

Recomendações:

REFORÇAMOS A NECESSIDADE DE RUBRICAR A PÁGINA DO TCLE ONDE NÃO HOUVER ASSINATURA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

REFORÇAMOS A NECESSIDADE DE RUBRICAR A PÁGINA DO TCLE ONDE NÃO HOUVER ASSINATURA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

REFORÇAMOS A NECESSIDADE DE RUBRICAR A PÁGINA DO TCLE ONDE NÃO HOUVER ASSINATURA

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Clínica
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO
(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

Eu, _____ R.G.: _____
_____, declaro que aceito fazer parte, por livre e espontânea vontade, da pesquisa intitulada “Prevenção em Psicologia: Programa de Orientação Parental para cuidadores de criança com asma”, a ser realizado no ambulatório de Pediatria do Hospital _____.

Informo que compreendi todas as informações que me foram dadas pela pesquisadora Luan Flávia Barufi Fernandes, de acordo com o texto que segue:

Este estudo tem a finalidade de avaliar as práticas educativas utilizadas pelos pais de crianças diagnosticadas com asma e desenvolver um atendimento psicológico junto a estes pais para ajuda-los na educação de suas crianças. . A decisão de desenvolver esta pesquisa está baseada na ideia de que os pais podem apresentar dificuldades em lidar com os cuidados e tratamento da asma e podem também apresentar dificuldades em lidar com as crianças, como por exemplo, dificuldades em impor limites e em estabelecer uma rotina para a criança. Deste modo, o objetivo do atendimento psicológico é auxiliar os pais a melhorar a interação com seus filhos. Sendo que este trabalho é uma combinação do atendimento psicológico e da realização de uma pesquisa para avaliar se este atendimento oferecido ajuda ou não os pais a superar suas dificuldades com a educação de suas crianças.

O atendimento psicológico do qual irei participar: 1) será realizado em grupo; 2) será realizado no Ambulatório de Pediatria deste Hospital; 3) terá a duração de dez semanas; 4) os encontros irão ocorrer uma vez durante a semana, durante 90 minutos (1 hora e meia); 5) o grupo de atendimento psicológico aos pais será composto por 6 a 10 participantes; 6) os encontros seguirão um cronograma e serão agendadas previamente; 7) concluído os dez encontros semanais do atendimento psicológico, eu irei participar de mais dois encontros: um seis meses e o outro doze meses após o término do atendimento psicológico; 8) o atendimento psicológico, portanto, será composto de 12 encontros no total.

A pesquisa prevê a divisão dos participantes em dois Grupos: um que receberá o atendimento psicológico primeiro, enquanto o outro Grupo aguardará em lista de espera para o atendimento por um período de nove meses. A composição dos grupos será por sorteio e todos os pais serão informados de qual grupo irão fazer parte.

Eu me comprometo a comparecer regularmente aos encontros do atendimento psicológico, porém tenho o direito de desistir a qualquer momento e isto não afetará a qualidade do meu atendimento médico nesta Unidade. Eu irei preencher uma Ficha de dados Sócio-demográficos e Histórico de Saúde da Criança e irei responder aos questionários fornecidos pela pesquisadora. Estes questionários são: 1) Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos; 2) Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ a 5 anos e 3) Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais. Estes questionários serão respondidos por mim em quatro momentos do atendimento

psicológico: 1) antes do início; 2) no final (após os dez encontros); 3) seis meses e 4) doze meses depois.

O risco de participar da pesquisa é desprezível e refere-se às prováveis dificuldades em seguir as orientações dadas no grupo e colocá-las em prática na educação das crianças. Sendo que estas dificuldades podem ser superadas no decorrer do desenvolvimento do atendimento psicológico. Fui esclarecido de que a minha identidade e a identidade do meu filho serão preservadas, sendo que as informações obtidas serão analisadas de forma coletiva, sem especificar a identidade do participante.

Entendi que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo no meu tratamento em qualquer época neste Ambulatório, e qualquer dúvida ligarei para a pesquisadora Luan Flávia Barufi Fernandes, no telefone (11) 2373-8002 ou entrarei em contato pelo e-mail: luanflavia@usp.br. Ou poderei entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia (e-mail: ceph.ip@usp.br - telefone: (11) 3091-4182) e Comitê de Ética do Hospital Universitário, ambos da Universidade de São Paulo/SP, ((11) 3091-9457).

Os resultados desta pesquisa poderão me beneficiar diretamente e produzir conhecimentos que poderão beneficiar outros pais no futuro.

Confirmo, que após entender todas estas informações sobre a pesquisa, aceito participar como voluntário(a), sem receber ou pagar nenhum valor pelo atendimento psicológico. A pesquisadora irá me ressarcir das despesas com transporte público para que eu compareça ao atendimento psicológico. Sendo assim, autorizo a publicação dos resultados encontrados em revistas de psicologia, médicas, aulas e congressos, sem que meu nome e o do meu filho venham a público.

São Paulo, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do colaborador

Assinatura da pesquisadora – Luan Flávia Barufi Fernandes

E-mail: luanflavia@usp.br. Endereço: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, na Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária - São Paulo /SP, CEP 05508-030, (11) 3091-4173.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/SP. Endereço: Avenida Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030, Cidade Universitária, São Paulo/SP, E-mail: ceph.ip@usp.br , Telefone: (11) 3091-4182.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo/SP. Endereço: Av. Professor Lineu Prestes, 2565 – Butantã, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, CEP 05508-000, (11) 3091-9457.

APÊNDICE B - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Idade: _____ anos.

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Relação com a criança:

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro. Qual?: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____ anos.

Data de nascimento: ____/____/____

Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental Incompleto I (1º ano a 5º ano)

☐ Ensino Fundamental Incompleto II (6º ano a 9º ano)

☐ Ensino Fundamental Completo

☐ Ensino Médio Completo

☐ Ensino Médio Incompleto

☐ Ensino Superior Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

☐ Pós-graduação

Estado civil:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Amasiado

☐ União estável

☐ Divorciado

☐ Viúvo

Profissão: _____

Ocupação: _____

Empregado: ☐ sim ☐ não

Se sim: ☐ dia todo ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

Profissão do cônjuge: _____

Religião: _____

Número de filhos: _____

Local de Residência:

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Histórico de Problemas de Saúde:

☐ Sim ☐ Não

Doenças: _____

Renda Familiar: R\$ _____

Horários disponíveis:

☐ Segunda-feira ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

☐ Terça-feira ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

☐ Quarta-feira ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

☐ Quinta-feira ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

☐ Sexta-feira ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

☐ Sábado ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

APÊNDICE C - HISTÓRICO DE SAÚDE DA CRIANÇA

Nome: _____

Nome da Criança: _____

1- Qual o nome da doença de seu filho(a)?

2- O seu filho(a) está em acompanhamento médico em algum ambulatório, hospital ou Unidade básica de saúde?

() Sim () Não

a. Se sim, em qual?

3- O seu filho(a) toma algum remédio?

() Sim () Não

a. Se sim, qual?

b. Qual a frequência do uso deste remédio? (Diariamente? Quantas vezes por dia?)

4- O seu filho(a) já esteve hospitalizado (internado)?

() Sim () Não

a. Se sim, com que idade?

b. Por qual motivo?

5- Quantas vezes por ano você leva o seu filho(a) ao médico?

() 1 () 2

() 3 () 4

() 5 ou mais

6- Quando foi a primeira vez que o seu filho(a) teve uma crise respiratória (chiado no peito)?

a. Você o levou ao médico?

7- Quando foi a última vez que o seu filho(a) teve uma crise respiratória (chiado no peito)?

8- Quantas vezes no último ano o seu filho(a) teve uma crise respiratória (chiado no peito)?

9- Você ou o pai (mãe) de seu filho tem asma?

() Sim () Não

a. Se sim, você faz algum tratamento?

10- O seu filho(a) tem alguma restrição de atividade por orientação médica?

() Sim () Não

a. Se sim, qual(is)?

APÊNDICE D - PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL

Todas as sessões apresentarão a seguinte estrutura:

- 1) Conversa sobre a semana (5min)
- 2) Revisão da tarefa de casa, quando houver (10min)
- 3) Resumo da sessão anterior (3min)
- 4) Agenda do dia (60min)
- 5) Resumo da sessão (2 min)
- 6) Tarefa de casa (5min)
- 7) Encerramento (2min)

SESSÃO 1:

Objetivos gerais: explicitar informações básicas sobre o Programa, construir vínculo entre o grupo e o terapeuta, bem como entre os membros do grupo.

Materiais: papel sulfite; lápis; lápis de cor; canetas esferográficas.

Sequência de atividades:

O terapeuta se apresenta (nome, idade, formação profissional) e declara que nesta primeira sessão os participantes irão se conhecer e serão estabelecidas algumas regras importantes para o funcionamento adequado dos encontros.

Atividade 1: Dinâmica de apresentação – “Com qual bicho eu me identifico?”

Duração: 25 a 30 minutos.

Solicitar aos participantes que façam o desenho de um animal com o qual eles mais se identificam. Em seguida, cada um mostra seu desenho ao grupo e explica porque escolheu este bicho e quais as características que os identifiquem com o animal escolhido (por que você escolheu esse animal? O que ele tem a ver com você?). A partir daí, o terapeuta pergunta aos participantes a que eles atribuem essas características.

Em seguida, o Terapeuta faz uma descrição e apresentação do programa de orientação parental, destacando os tópicos que serão trabalhos e desenvolvidos no decorrer do grupo: a) Identificar, saber descrever o comportamento infantil inadequado e adequado; b) reforçar comportamento adequado; impor limites e disciplina; c) aplicar castigos de forma adequada e coerente; d) não criticar a criança; e) aprender a analisar o comportamento da criança; - ignorar comportamento impróprio; f) aprender a reforçar o comportamento; g) importância do modelo (a mudança precisa começar pelos pais).

Atividade 2: Dificuldades na interação com os filhos

Duração: 20 a 25 minutos

O Terapeuta entrega para cada participante uma folha de papel e pede que escrevam a maior dificuldade que eles enfrentam em educar dos filhos. Em seguida, cada participante relata para o grupo a sua dificuldade. O Terapeuta esclarece que todas as dificuldades descritas serão guardadas em um envelope que será aberto na última sessão do grupo para verificar se os participantes conseguirão identificar formas de superar tais dificuldades.

Atividade 3: Contrato grupal

Duração: 10 minutos.

O Contrato grupal será discutido e estabelecido pelo grupo. Algumas regras importantes que devem ser propostas pelo Terapeuta: horário de início e término dos encontros; não serão permitidas faltas nas sessões, só em casos de emergência (problemas familiares, de saúde e trabalho); atrasos para início das sessões de no máximo 15 minutos; quando um membro do grupo fala todos os outros devem permanecer calados e solicitar a palavra assim que o outro termine sua

fala erguendo o braço; o terapeuta decide em conjunto com o grupo, um tempo determinado para cada um falar e dar um sinal de conclusão quando este tempo terminar para garantir que todos tenham a oportunidade de se expressar; em caso de falta, deve-se ligar para o Terapeuta e tentar remarcar uma sessão extra durante a semana para repor conteúdo perdido; manter sigilo sobre os tópicos e discussões ocorridas no grupo.

Atividade 4: Tarefa de Casa

Duração: 10 minutos

O Terapeuta explica aos pais que, como forma de dar continuidade durante a semana do que foi discutido e aprendido no grupo, eles serão solicitados a realizar exercícios de “Tarefa de casa”. Estas tarefas deverão ser realizadas em casa e o terapeuta ficará disponível por contato telefônico para esclarecer dúvidas e orientar os pais nas dificuldades encontradas.

Pedir aos pais para anotarem suas observações acerca da ocorrência de crises de asma (crises de sibilância): “com que frequência ocorrem?”; “há variáveis relacionadas, tais como, mudança de tempo, poeira, estado emocional?”; “o que os pais costumam fazer nesta situação?”.

SESSÃO 2

Objetivos gerais: apresentar o conteúdo sobre “Asma na infância: definição, tratamento e prevenção” e promover discussão sobre este tema entre os membros do grupo.

Material: 01 computador portátil e 1 Datashow

Sequência de atividades:

O Terapeuta pergunta para cada participante qual a doença de seu filho e em seguida solicita que cada um fale o que sabe sobre a asma.

Atividade 1: Apresentação e discussão do conteúdo sobre “Asma na infância: definição, tratamento e prevenção”

Duração: 50 a 55 minutos

O Terapeuta apresenta com a ajuda de um computador, os principais conceitos relacionados à asma: definição, sintomas, tratamento e prevenção. Durante a apresentação, o Terapeuta estimula os pais a participarem através de perguntas, comentários, informações adicionais ou histórias que gostariam de compartilhar com todos sobre este tema.

O Terapeuta pede aos pais que sugiram formas de evitar crises de sibilância. O Terapeuta também sugere algumas estratégias de prevenção e discute com o grupo modos de implementá-las no cotidiano de cada família participante do grupo.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Pedir para os pais observarem, durante a semana, uma situação no qual se sentiram tristes ou chateados e anotar o que aconteceu antes e o que aconteceu depois.

SESSÃO 3:

Objetivos gerais: introduzir o conceito de que o comportamento humano é aprendido e mantido em função da relação indivíduo-ambiente; discutir sobre o processo de mudança.

Materiais: Papel sulfite; Canetas esferográficas; Livro: “*O comportamento infantil: orientações para conduzir com mais segurança a criação dos filhos*” de Márcia Melo.

Sequência de atividades:

Atividade 1: Leitura e Discussão sobre as causalidade do comportamento

Duração: 30 minutos.

Cada membro do grupo receberá o livro “*O comportamento infantil: orientações para conduzir com mais segurança a criação dos filhos*” de Márcia Melo. O livro será lido pelo grupo até a página 14, a fim de promover a discussão sobre a importância do ambiente na origem e manutenção

do comportamento. Discutir-se-á a noção de causalidade do comportamento infantil, destacando a relação indivíduo-ambiente como a principal explicação causal do comportamento humano.

Atividade 2: “Mudar para aprender”

Duração: 30 minutos

“Escravos de Jó”

Será solicitado aos participantes que sentem em círculo e será entregue para cada membro do grupo um objeto (por exemplo: caixa pequena, copo, lápis; é importante ser o mesmo objeto para todos). O Terapeuta ensina aos participantes a brincadeira de cantar a cantiga popular “Escravos de Jó” junto com uma coreografia. A letra da música é a seguinte: “Escravos de Jó jogavam caxangá; tira, põe, deixa ficar; guerreiros com guerreiros fazem zigue, zigue, zá (bis)”. Após todos estarem cantando e fazendo a coreografia corretamente, o terapeuta introduzirá um grau de dificuldade e pedirá que, ao invés de cantar, apenas murmurem a melodia da música com a mesma coreografia. Após todos estarem murmurando e fazendo a coreografia corretamente, o terapeuta introduzirá um grau de dificuldade ainda maior e pedirá que todos pensem na letra da música, mas não cantem e executem a coreografia. Quando o grupo conseguir cumprir esta última etapa da dinâmica, esta deverá ser encerrada e o Terapeuta solicitará aos participantes que relatem como foi participar desta atividade (sentimentos, impressões, dificuldades). Em seguida, pedirá aos pais que reflitam sobre a relação entre esta atividade e a importância de mudar um comportamento para poder aprender outro.

O Terapeuta estimulará a discussão entre os membros do grupo fazendo paralelos entre os padrões que os pais possuem na educação de seus filhos e o quanto é importante eles mudarem para testar novas estratégias de ensino. É importante estimular os pais a refletir sobre: 1) não é simples para os pais mudarem o modo como educam seus filhos, no entanto, a mudança é possível com treino e persistência; 2) nem sempre é fácil mudar algo ao qual se está habituado; uma mudança não acontece de repente, por isso não é justo e adequado que os pais cobrem de si mesmos e de seus filhos mudanças rápidas e instantâneas de comportamentos. É necessária a reflexão sobre três características que podem facilitar a mudança: - persistência: é importante não desistir e tentar até acertar; - paciência: é preciso um tempo para que cada um se ajuste às novas regras e exigências; - treino: é fundamental para promover a mudança, pois é treinando que se aprende (ensaio e erro) e se aperfeiçoa uma nova habilidade ou comportamento; 3) é importante estar motivado e desejar mudar (comprometimento com o Programa de Orientação Parental).

Atividade 3: Tarefa de Casa

Pedir aos pais que identifiquem comportamentos (relacionados à educação dos filhos) que gostariam de mudar.

SESSÃO 4:

Objetivos gerais: apresentar e treinar com os participantes as Habilidades Educativas Parentais: *manter conversação; fazer e responder perguntas; expressar sentimentos positivos, dar e receber elogios, agradecer.*

Materiais: papel sulfite; lápis; lápis de cor; canetas esferográficas.

Sequência de atividades:

Atividade 1: “O corpo humano”

Duração: 20 a 25 minutos

O Terapeuta pedirá para os participantes que sentem bem distantes um do outro e entregará um lápis e uma folha de sulfite com o nome de uma parte do corpo (cabeça, tronco, braços e pernas – dependendo do número de participantes, o Terapeuta aumenta os detalhes do corpo ou diminui) escrita para cada participante. Em seguida, pede que cada um desenhe a parte do corpo na folha que recebeu, mas eles não poderão falar uns com os outros, nem mostrar o nome de sua parte ou de seu

desenho. Após aproximadamente cinco minutos, o Terapeuta pedirá para as pessoas montarem um boneco na parede com as partes do corpo que foram desenhadas. Esta é a primeira etapa da dinâmica. A seguir, o Terapeuta entregará novamente aos participantes um lápis e uma folha de sulfite com o nome de uma parte do corpo para desenhar novamente e dará a instrução para que cada um desenhe a parte do corpo solicitada, porém, desta vez, os pais poderão conversar sobre a parte do corpo que cada um irá desenhar e podem até combinar tamanho e a estrutura do boneco. Decorridos 10 minutos, o Terapeuta pedirá ao grupo que monte o boneco na parede. Em seguida, pedirá aos pais que reflitam sobre a relação entre esta atividade e a importância da comunicação na nossa sociedade. O Terapeuta estimulará a discussão entre os membros do grupo por meio dos seguintes pontos: 1) a falta de comunicação ou a comunicação inadequada é um problema na relação entre pais e filhos. É importante que os pais criem momentos de diálogo com os filhos diariamente; 2) situações oportunas de conversa com as crianças: ouvir dúvidas e tentar esclarecê-las; permitir que a criança se explique quando fez algo errado; perguntar com curiosidade e interesse sobre as coisas que ele fez durante o dia; perguntar a opinião da criança; perguntar o que ela prefere e o que ela acha; 3) tentar manter esta comunicação com o parceiro para discutir e combinar aspectos da educação da criança e sobre a relação conjugal.

Atividade 2: “Dar e receber elogio”

Duração: 30 minutos

O Terapeuta pedirá a ajuda de um participante para iniciar a atividade. Quando alguém se voluntariar, será solicitado a esta pessoa que fique em pé diante do grupo. Em seguida, o Terapeuta dirá para o grupo elogiar esta pessoa: cada participante fará um ou mais elogios para esta pessoa. Sugere-se que o Terapeuta seja o primeiro a executar a tarefa, pois assim ele poderá dar um modelo de como fazer um elogio para o grupo. A atividade terminará depois que todos os participantes passarem pela experiência de elogiar e ser elogiado. É importante refletir junto com o grupo sobre o poder de um elogio sincero e adequado à situação e o quanto colocar em prática este comportamento com a família poderá gerar um clima mais agradável e harmonioso, com possibilidades de melhorar a interação familiar.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Pedir aos participantes que registrem (anotem) as situações em que expressam sentimentos positivos para o filho.

SESSÃO 5:

Objetivos gerais: apresentar e treinar com os participantes as Habilidades Educativas Parentais: Identificar comportamentos adequados emitidos pela criança e apresentar consequências positivas ao comportamento adequado do filho.

Materiais: desenhos (podem ser confeccionados pelo próprio Terapeuta) com erros ou borrões.

Sequência de atividades:

Atividade 1: “Foco no erro”

Duração: 20 minutos.

O objetivo é levar os pais a perceberem o quanto os erros, mesmo que pequenos, chamam mais atenção do que o restante do desenho que está bonito e correto. O Terapeuta mostrará aos participantes desenhos com erros ou borrões (em torno de 3 a 5 desenhos) um a um e solicitará para que os participantes observem em silêncio cada um dos desenhos. Após apresentar todos os desenhos para o grupo, o Terapeuta pedirá aos participantes que relatem qual foi a primeira coisa que eles repararam em cada desenho, ou o que lhes chamou mais atenção. É importante estimular o grupo a refletir sobre o quanto as pessoas estão habituadas a focar o erro/problema e que muitas vezes os pais podem se comportar deste modo com seus filhos, dando mais atenção aos erros do que ao que as crianças fazem de bom/adequado. Os pais costumam prestar mais atenção às crianças

quando estas se comportam mal, quando gritam, quando estão sujos, quando brigam, entre outras situações de desagrado. É necessário que os pais mudem o seu foco e prestem mais atenção em seus filhos quando eles se comportam bem, quando estão limpos, quando estão brincando.

Atividade 2: Demonstrando aprovação pelo comportamento da criança: “A importância de elogiar”

Duração: 35 minutos

Cada membro do grupo receberá o livro “*O comportamento infantil: orientações para conduzir com mais segurança a criação dos filhos*” de Márcia Melo. O livro será lido pelo grupo da página 14 até a 18, a fim de promover a discussão sobre a importância de apresentar consequências positivas ao comportamento adequado da criança.

Em seguida, o Terapeuta pedirá aos participantes que relatem comportamentos adequados de seus filhos. Se apresentarem dificuldades em apresentar tal solicitação, o Terapeuta deverá apresentar exemplos de comportamentos adequados emitidos pelas crianças. Em seguida, o Terapeuta pedirá aos pais para descreverem de que modo eles poderiam reagir a tais comportamentos (elogiando, sorrindo, dando atenção e outros). O Terapeuta deverá estimular o grupo a refletir sobre a forma mais adequada de demonstrar aprovação/valorização ao comportamento infantil, bem como as dificuldades que os pais podem apresentar ao tentar demonstrar aprovação aos comportamentos desejados.

Exemplos de comportamentos adequados: escovar os dentes sem ajuda; cumprimentar as pessoas; comer sem ajuda; gostar de ir à escola; guardar os brinquedos; demonstrar carinho para os familiares e outras crianças; brincar em grupo sem brigar; fazer o que foi solicitado pelos pais; respeitar os mais velhos, dentre outros.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Registrar e reagir positivamente aos comportamentos adequados emitidos pela criança durante a semana.

SESSÃO 6:

Objetivos gerais: apresentação e treinamento das Habilidades Educativas Parentais: *expressar sentimentos negativos, dar e receber críticas de conteúdo negativo; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas, admitir próprios erros, pedir desculpas.*

Materiais: papel sulfite e canetas esferográficas.

Sequência de atividades:

Atividade 1: Debate

Duração: 30 minutos.

O Terapeuta divide os participantes em dois grupos. Em seguida, esclarecerá que haverá um debate entre os grupos sobre um tema polêmico e pedirá aos participantes que deem sugestões de temas. Caso o grupo encontre dificuldades para escolher o tema, o Terapeuta poderá propor um tema para debater. Sugestões de temas: aborto, pena de morte, prostituição. Um grupo será a favor e o outro contra. Cada grupo terá três minutos para expor seus argumentos e dois minutos para réplica. O objetivo é estimular os participantes a refletir e se observar sobre como fazer e receber críticas e sobre como lidar com opiniões contrárias. É importante estimular os participantes a refletir sobre a educação infantil, pois os filhos podem se comportar de modo indesejado pelos pais e é difícil manejar esta condição.

Atividade 2: Fazer e recusar pedidos, admitir próprios erros, pedir desculpas.

Duração: 30 minutos.

O Terapeuta pedirá ao grupo que relate situações ou exemplos de situações nas quais tiveram que fazer e recusar pedidos de familiares/amigos, admitir os próprios erros para a família (filhos), amigos ou no trabalho e pedir desculpas. Caso o grupo encontre dificuldades para trazer

exemplos, o Terapeuta deverá trazer exemplos destas situações, tais como: devolver mercadoria com defeito, amigo ou familiar que pede um favor abusivo, exagerar ao dar uma bronca no filho por estar estressado.

O Terapeuta pede aos participantes que relatem situações em que sentiram a necessidade de ou pediram desculpas aos seus filhos. Investigar se os pais apresentam dificuldades em dizer “não” para as crianças e se pedem ajuda na execução de atividades diárias, tais como arrumar a cama, organizar o quarto da criança.

Em seguida, o Terapeuta discute com o grupo as formas adequadas e inadequadas de se comportar nestas condições e as consequências para o indivíduo e ambiente social.

Texto de apoio que pode ser usado pelo Terapeuta para nortear as discussões com os pais: “Principais classes de habilidades assertivas: expressar sentimentos negativos (raiva, desagrado, decepção, frustração, tristeza); falar sobre as próprias qualidades e defeitos; concordar ou discordar de opiniões; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas ou gozações; negociar interesses conflitantes; defender os próprios direitos; resistir à pressão de colegas; pedir mudança de comportamento. O pensar assertivo depende, primeiramente, de uma compreensão sobre direitos e deveres que correspondem a cada um dos que estão participando de uma interação social. Assim, se a criança supõe o direito de ser ouvida pelo colega, pelos pais e pelos professores, ela tem igualmente que compreender seu dever de ouvi-los. Existem alguns direitos interpessoais básicos que deveriam ser considerados como prerrogativa de todos. São eles: ser ouvida e levada a sério; ser tratada com respeito e dignidade; rejeitar pedidos que contrariem seus valores ou que ofendam sua dignidade; solicitar informação; expressar e defender crenças e opiniões; ter suas necessidades consideradas tão importantes quanto às de qualquer outra pessoa; defender aquele que teve o direito violado”.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Pedir aos participantes que registrem as situações durante a semana, nas quais expressaram sentimentos negativos aos filhos ou os criticaram por terem feito algo de que não gostaram.

SESSÃO 7:

Objetivos gerais: apresentar e treinar as Habilidades Educativas Parentais: identificar comportamentos inadequados no repertório dos filhos, apresentar consequências negativas para tais contingências e empregar estratégias alternativas e efetivas de diminuição e/ou extinção dos comportamentos inadequados. Apresentar e discutir com os pais o uso de estratégias para demonstrar desaprovação ao comportamento infantil inadequado, tais como, repreender, retirar privilégios. Discutir a inadequação da aplicação de punição física e/ou verbal.

Materiais: folhas de sulfite; cópias; livro: “*O comportamento infantil: orientações para conduzir com mais segurança a criação dos filhos*” de Márcia Melo.

Sequência de atividades:

Atividade 1: “Teatro pais e filhos” – parte I

Duração: 40 minutos

O Terapeuta levará dois exemplos de situações familiares, nas quais um filho fez algo errado e os pais precisaram puni-lo. Tal punição deve ser exagerada, a fim de suscitar discussão no grupo. Além destas situações, se o grupo sugerir situações que eles próprios viveram ou presenciaram, o Terapeuta deverá incluir tais experiências na atividade. O Terapeuta lerá ou o grupo apresentará tais exemplos; em seguida, inicia-se a discussão com a pergunta: “Vocês concordam com o modo como este pai puniu seu filho? Por que?”

O Terapeuta alertará os pais sobre os sentimentos que as crianças podem experimentar nestes exemplos de punições exageradas. Em meio à discussão, o Terapeuta deverá introduzir e apresentar o uso de estratégias para demonstrar desaprovação ao comportamento infantil inadequado, tais como, repreender, retirar privilégios e questioná-los sobre o que pensam e se aplicam na educação de seus filhos a punição física e/ou verbal.

Cada membro do grupo receberá o livro “*O comportamento infantil: orientações para conduzir com mais segurança a criação dos filhos*” de Márcia Melo. O livro será lido pelo grupo

(páginas 19 a 23), a fim de esclarecer melhor as estratégias mais recomendadas de desaprovação ao comportamento inadequado e discutir o uso de punição física e/ou verbal.

Atividade 2: “Teatro pais e filhos” – parte II

Duração: 25 minutos

Após este debate, o Terapeuta pedirá aos pais que se organizem em duplas. Cada dupla irá representar as situações familiares de punições exageradas discutidas (um pai será a criança e o outro, o pai, depois os papéis são invertidos), porém, ao invés de agir como o pai do exemplo, eles irão representar um modo adequado de desaprovação ao comportamento da criança, de acordo com a explicação teórica sobre o tema. O Terapeuta deverá ajudar, dando modelos e sugerindo pequenas modificações para aprimorar estas representações.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Registrar e demonstrar desaprovação, de acordo com as estratégias efetivas e alternativas de consequenciar negativamente os comportamentos indesejados discutidas na sessão, aos comportamentos inadequados emitidos pela criança durante a semana.

SESSÃO 8:

Objetivos gerais: discutir a importância de se estabelecer limites na educação infantil e apresentar e treinar as Habilidades Educativas Parentais: *elaborar regras claras, consistentes e coerentes e demonstrar aprovação ou desaprovação ao comportamento infantil de seguir as regras dadas pelos pais*.

Materiais: algumas balas ou bombons; tiras de papel sulfite.

Sequência de atividades:

Atividade 1: “Quem vai para Paris?”, adaptação da atividade “Quem vai para a Lua?” (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2011, p. 27)

Duração: 30 minutos

O Terapeuta convidará todos os participantes para fazer uma viagem à Paris (França) com tudo pago; porém só poderá viajar quem levar objetos (roupas, sapatos, peças de vestuário) aprovados pelo Terapeuta. O Terapeuta explicará ao grupo que inventou uma regra que define o que pode ser levado ou não na viagem (a regra pode ser levar peças do vestuário para usar durante uma estação do ano, tal como, roupas de inverno ou de verão ou que começam com uma letra específica). Apenas o Terapeuta saberá qual é a regra e o grupo tentará adivinhar dando palpites. O Terapeuta, de acordo com a regra, irá punir aleatoriamente (pequenas punições, tais como, pular em um pé só, cantar uma música) os participantes que não atenderem a regra. A brincadeira terminará quando um participante descobrir qual a regra e este será premiado com um bombom. Caso a regra não seja descoberta pelo grupo, o Terapeuta poderá dar dicas para ajudar o grupo a identificar a regra. Após a brincadeira, o Terapeuta estimulará o grupo a refletir sobre os sentimentos gerados por esta atividade e a relação desta brincadeira com a educação de seus filhos. É importante que os pais reflitam sobre a formulação das regras, se elas estão ou não claras, se a criança sabe exatamente o que fazer (quando? como? por que?) e se a condição de não entender a regra e não seguir pode gerar sentimentos de insegurança, confusão, medo de errar ou ser punido pelos pais.

Em seguida, o Terapeuta apresentará alguns conceitos importantes para a elaboração de regras: devem ser claras, consistentes e coerentes e os pais devem monitorar os filhos no cumprimento das mesmas. Os pais devem estar presentes para observar, ajudar e até mesmo dar o modelo de como fazer o que foi solicitado.

Atividade 2: “A instrução de uma tarefa” (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2011, p.30)

Duração: 20 minutos

O Terapeuta pedirá a colaboração de um voluntário do grupo. Ele deverá se situar na frente de todos e o Terapeuta dará a seguinte instrução verbal e rápida: “ao mesmo tempo, você deve bater uma mão na cabeça, girar a outra na barriga, pular num pé só e dar voltinhas”. O Terapeuta não poderá repetir a instrução, nem explicar novamente. Este primeiro voluntário tenta fazer, ele conseguindo ou não cumprir a tarefa, o Terapeuta agradecerá a sua participação e pedirá a colaboração de outro voluntário. Para este, o Terapeuta dará a mesma instrução, mas ele mostrará como é e pedirá para o voluntário repetir cada movimento separadamente. Depois, o Terapeuta fará os movimentos completos e simultâneos junto com o voluntário.

Em seguida, o Terapeuta estimulará o grupo a refletir que para uma criança aprender não basta que os pais falem, é preciso que os pais mostrem como a tarefa solicitada deve ser feita e, nas primeiras vezes, devem acompanhar o filho e fazer junto com ele, para que, aos poucos, a criança consiga executar a tarefa sozinha e corretamente.

Atividade 3: Tarefa de Casa

Pedir aos pais que observem durante a semana na interação com os filhos, três regras que estes costumam desobedecer e refletir se estas regras estão claras, coerentes e consistentes.

SESSÃO 9:

Objetivos gerais: propiciar a auto-observação como pessoa antes de serem pais, dando ênfase para qualidades de cada um; estimular os pais a se perceberem como modelo de comportamento para seus filhos.

Materiais: folhas de sulfite; aparelho de som; cd com músicas calmas; cópia do capítulo 7 do livro “Pais presentes, pais ausentes” (2006) de Paula Gomide.

Atividade 1: “Pessoa significativa da minha Infância”

Duração: 30 minutos

O Terapeuta colocará uma música calma em volume baixo e pedirá aos participantes que se sentem em uma posição confortável, fechem os olhos e prestem atenção em sua fala. O Terapeuta irá falar:

“Procurem se sentir confortáveis. Agora você vai fechar os olhos. Esqueça todos os problemas lá de fora e concentre-se na tua respiração. Inspire e expire lentamente. Mais uma vez. Volte a atenção para o seu corpo. Agora se deixe levar pelas tuas lembranças. Você voltou à tua infância, está na casa onde você morava quando era criança. Pense em uma pessoa que foi muito especial e importante para você nesta fase da tua vida. Quem é esta pessoa? Qual é ou era a tua relação com ela? O que você sente por ela? O que ela fazia que a tornava tão importante ou especial para você? Quais sensações são mais agradáveis quando você se lembra de momentos vividos com esta pessoa? Tente se lembrar do cheiro dela, de sua voz, do seu rosto. Pense em como esta pessoa a ajudou a ser o que você é hoje. O que você aprendeu com ela? (O Terapeuta deverá programar esta fala para durar em torno de cinco minutos). Agora, você se despede de tuas lembranças e vai voltando lentamente a atenção para o seu corpo e para o momento presente. Como você está se sentindo? Vou contar de cinco a um, quando chegar ao “um” você poderá abrir teus olhos. 5,4,3,2 e 1. Pode abrir os olhos”.

Em seguida, o Terapeuta pedirá aos participantes para relatarem os sentimentos gerados por este momento de reflexão e quem é a pessoa significativa da infância para cada um dos pais. O Terapeuta estimulará o grupo a refletir sobre a infância, sobre o modo como foram educados, sobre os modelos de referência de quando eram crianças e de como estas pessoas e experiências contribuíram para a formação deles como pessoas e como pais. Perguntar ao grupo se eles repetem práticas educativas empregadas pelos pais na educação dos seus filhos, se percebem quando se comportam desta maneira. Favorecer uma discussão que gere empatia pelas crianças e por eles mesmos, pois eles também foram crianças, também desobedeceram e os pais também podem ter tido dificuldades em educa-los.

Atividade 2: Leitura do capítulo 7 do livro “Pais presentes, pais ausentes” de Paula Gomide

Duração: 20 minutos

O terapeuta lerá junto com o grupo o texto e estimulará os pais a refletir sobre o modelo de comportamento que eles são para seus filhos, mesmo sem perceber a importância disto para os filhos. Destacar a importância de os pais agirem de acordo com o que ensinam para os filhos. “O exemplo fala mais alto que as próprias palavras” (Weber, Salvador, & Brandenburg, 2011, p.85).

Atividade 3: Tarefa de Casa

Registrar três comportamentos que os filhos apresentam e que os pais atribuem a um modelo que a criança esteja seguindo e descrever as razões desta escolha.

SESSÃO 10:

Objetivos gerais: apresentar e discutir com o grupo as maiores dificuldades que enfrentam ao aplicar na educação de seus filhos as estratégias discutidas e treinadas no decorrer do Programa de Orientação Parental; encerrar o grupo e avaliar alcance dos objetivos propostos.

Atividade 1: Discussão sobre dificuldades encontradas ao aplicar as estratégias de manejo do comportamento infantil e no treinamento das Habilidades Educativas Parentais

Duração: 30 minutos

O Terapeuta pede para o grupo relatar as dificuldades encontradas na aplicação das estratégias de manejo do comportamento infantil (demonstrações de aprovação e desaprovação ao comportamento infantil, elaboração de regras claras, consistentes e coerentes, explicitação dos limites) e no treinamento das Habilidades Educativas Parentais. Pedir ao grupo que participe dando sugestões de como solucionar tais impasses.

Atividade 2: Avaliação do Programa de Orientação Parental

Duração: 30 minutos

O Terapeuta avaliará junto com o grupo os resultados do programa: análise da aplicação dos procedimentos realizados pelos membros com seus filhos e os resultados obtidos. O Terapeuta abrirá o envelope com as dificuldades relatadas pelos pais na primeira sessão e pedirá a cada membro do grupo que avalie seu desempenho e se estas dificuldades foram superadas ou se ele sabe como superá-las. O Terapeuta solicitará aos participantes dicas e sugestões para melhorar o Programa de Orientação Parental.

Atividade 3: Encerramento do grupo.

Duração: 20 minutos.

O Terapeuta encerrará o grupo, retomando os principais tópicos discutidos e treinados com os pais no decorrer do Programa de Orientação Parental e os lembrará da próxima sessão de seguimento que será realizada daqui a seis meses.

SESSÃO DE FORTALECIMENTO/SEGUIMENTO:

Objetivos gerais: apresentar e discutir com o grupo as maiores dificuldades que enfrentaram durante estes seis meses após o término da intervenção ao aplicar na educação de seus filhos as estratégias discutidas e treinadas no decorrer do Programa de Orientação Parental; reforçar com os participantes os princípios e estratégias ensinados, discutidos e treinados durante a intervenção.

Material: texto retirado das sugestões propostas pelo programa estruturado para o treinamento de pais de Marinho (2005).

Atividade 1: Discussão sobre as dificuldades encontradas ao aplicar as estratégias de manejo do comportamento infantil e no treinamento das Habilidades Educativas Parentais

Duração: 40 minutos

O Terapeuta pede para o grupo relatar as dificuldades encontradas na aplicação das estratégias de manejo do comportamento infantil (demonstrações de aprovação e desaprovação ao comportamento infantil, elaboração de regras claras, consistentes e coerentes, explicitação dos limites) e no treinamento das Habilidades Educativas Parentais durante os seis meses após o término da intervenção. Pedir ao grupo que participe relatando como foi não ter mais o apoio do grupo de modo frequente e estimulando os pais a dar sugestões de como solucionar tais impasses.

Atividade 2: Leitura e discussão do texto

Duração: 25 minutos

O texto apresenta um resumo das habilidades educativas parentais mais significativas para o manejo do comportamento infantil. O terapeuta lerá junto com o grupo o texto e estimulará os pais a refletir sobre como estão aplicando estas orientações na educação de seus filhos e da importância de treinar e persistir na aplicação destas estratégias e orientações.

Atividade 3: Encerramento

Duração: 25 minutos

O terapeuta deverá agradecer a participação e colaboração dos pais e encerrará o grupo se colocando a disposição dos participantes para dúvidas e dificuldades que poderão surgir durante os próximos meses.