

INSTITUTO PAR

GABRIELA VELOSO GUIMARÃES

EFEITOS DA VIDEOMODELAÇÃO INSTRUCIONAL E DE ESTRATÉGIAS
BASEADAS EM MINDFULNESS NO ESTRESSE E MANEJO DE
COMPORTAMENTO POR CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA

SÃO PAULO
2025

GABRIELA VELOSO GUIMARÃES

EFEITOS DA VIDEOMODELAÇÃO INSTRUCIONAL E DE ESTRATÉGIAS
BASEADAS EM MINDFULNESS NO ESTRESSE E MANEJO DE
COMPORTAMENTO POR CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA

Projeto de mestrado apresentado ao
Instituto Par como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre
Profissional em Análise do
Comportamento Aplicada).

Orientadora: Prof^ª. Cassia Leal da Hora

SÃO PAULO
2025

RESUMO

No presente estudo, buscou-se verificar a eficácia de um programa de ensino, composto pela combinação de videomodelação instrucional com as estratégias de varredura corporal e meditação focada na respiração, em ensinar mães de pessoas com TEA a implementar com integridade algumas estratégias de manejo de comportamentos interferentes. Além disso, o estudo também pretendeu avaliar se, após o programa de ensino, ocorreriam alterações no nível de estresse das mães, mensurado a partir do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – Revisado (Lipp, 2022). Três mães participaram da pesquisa, sendo avaliadas antes e após a intervenção, utilizando um delineamento de linha de base múltipla entre participantes, com sondagens pré e pós para mensuração dos níveis de estresse. Os resultados demonstraram um aumento na precisão da implementação das estratégias de manejo após o treinamento, com todas as participantes alcançando mais de 80% de acertos, partindo de um desempenho inicial inferior a 20%. Além disso, houve redução dos sintomas de estresse em todas as participantes após a intervenção. Os achados indicam que essa combinação pode representar uma alternativa viável e eficaz para promover tanto a aprendizagem de manejos de comportamentos específicos quanto a redução de sintomas de estresse.

Palavras chave: Videomodelação Instrucional, Estresse Parental, Comportamentos Interferentes, Transtorno do Espectro do Autismo, Mindfulness.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the effectiveness of a teaching program that combined instructional video modeling with body scan and breath-focused meditation strategies to teach mothers of individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) to implement, with fidelity, selected strategies for managing interfering behaviors. Additionally, the study sought to examine whether participation in the program would lead to changes in maternal stress levels, as measured by the Revised Lipp Inventory of Stress Symptoms for Adults (Lipp, 2022). Three mothers participated in the study and were assessed before and after the intervention using a multiple-baseline design across participants, with pre and post-intervention probes to measure stress levels. Results demonstrated an increase in the accuracy of implementing behavior management strategies following the training, with all participants achieving over 80% correct implementation, compared to baseline performances below 20%. Furthermore, all participants showed reductions in stress symptoms after the intervention. These findings suggest that the combined use of instructional video modeling and mindfulness-based strategies may represent a viable and effective approach for promoting both the acquisition of behavior management skills and the reduction of parental stress.

Keywords: Instructional Video Modeling, Parental Stress, Interfering Behaviors, Autism Spectrum Disorder, Mindfulness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sequência e critérios para mudanças das condições experimentais e apresentações das sondas e diferentes níveis de ajuda.	29
Figura 2. Porcentagem de acertos obtidos por todas as participantes em C1 (gráficos da esquerda) e C2 (gráficos da direita).....	32
Figura 3. Porcentagem de erros emitidos por P1, P2 e P3 em cada um dos passos requeridos para implementar o procedimento de manejo na Condição 1.....	35
Figura 4. Porcentagem de erros emitidos por P1, P2 e P3 em cada um dos passos requeridos para implementar o procedimento de manejo na Condição 2.....	36

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Descrição dos contextos, comportamentos interferentes e ajudas fornecidas por P1, P2 e P3 em cada uma das condições	19
Tabela 2. Passos requeridos para implementar os procedimentos de manejo dos comportamentos interferentes em cada umas das condições	20
Tabela 3. Títulos, conteúdo e links para acesso a cada vídeo utilizado no estudo.....	20
Tabela 4. Respostas das Participantes por Item no Questionário de Avaliação de Validade Social	38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
MÉTODO.....	15
Participantes	15
Local e materiais	16
Instrumentos	17
Delineamento Experimental	20
Variáveis experimentais	21
Procedimento.....	21
Acordo entre observadores.....	30
Medidas de validade social	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES.....	53
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	53
Apêndice B – FOLHA DE REGISTRO 1.....	56
APÊNDICE C - FOLHA DE REGISTRO 2.....	57
APÊNDICE D – REPRODUÇÃO DO CONTEÚDO DA FOLHA DE RESPOSTAS DO ISSL-R	60
APÊNDICE E – INSTRUÇÕES PARA O COMPONENTE 1 – MEDITAÇÃO FOCADA NA RESPIRAÇÃO SEGUIDA DE VARREDURA CORPORAL	63
APÊNDICE F – TRECHO INTRODUTÓRIO	64
APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE VALIDADE SOCIAL.....	65

INTRODUÇÃO

Em contextos nos quais se enfrenta desafios como a escassez de profissionais especializados e vulnerabilidades nos sistemas públicos de saúde e educação, o envolvimento dos cuidadores responsáveis nas intervenções baseadas em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) torna-se uma ferramenta importante para ampliar o acesso a oportunidades de aprendizagem (e.g., Ferreira et al., 2016).

Evidências relativamente recentes demonstram que, quando as intervenções baseadas em Análise Aplicada do Comportamento (ABA) são implementadas por familiares, produzem melhorias tanto para a pessoa com TEA (e.g., Borba et al., 2016; Barboza et al., 2015; Barboza et al., 2019; Steinbrenner, et al., 2020), quanto para seus responsáveis, no que se refere ao aumento de conhecimento e capacidade em manejar comportamentos desafiadores (Oono et al., 2016; Lichtlé et al., 2020; Steinbrenner, et al., 2020).

Há algum tempo, alguns estudos brasileiros têm se dedicado a ensinar pais e outros cuidadores a aplicarem diferentes técnicas e estratégias (e.g., Borba et al., 2016; Barboza et al., 2015; Barboza et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Guimarães et al., 2018). Em alguns destes estudos, a videomodelação foi uma estratégia importante para os efeitos positivos obtidos pela intervenção (Barboza et al., 2015; Guimarães et al., 2018; Barboza et al., 2019). Steinbrenner et al. (2020) descrevem a videomodelação como “uma demonstração gravada em vídeo do comportamento ou habilidade alvo, mostrada ao aprendiz para ajudá-lo a aprender tal habilidade” (p. 14).

No estudo de Guimarães et al. (2018), a videomodelação foi utilizada em um pacote de ensino que também envolvia instrução escrita, *role-play* e *feedback*, com objetivo de ensinar quatro mães de crianças com TEA a manejar comportamentos interferentes de seus filhos. O treino consistia na apresentação do vídeo com o modelo dos manejos a serem implementados às

participantes, que tinham oportunidade de praticar o que foi observado via *role-play* até atingir critério de aprendizagem. Caso necessário, instruções por escrito e/ou *feedback* do desempenho após algumas oportunidades de prática sem aprendizado eram fornecidas como dicas, antes de novas oportunidades de prática de *role-play*. Ao final da intervenção, quando comparado com a Linha de base, o desempenho de cada uma das participantes melhorou em 60%, 37%, 30% e 35%, respectivamente. A rapidez com que as mães atingiram os critérios de aprendizagem demonstraram o procedimento proposto por Guimarães et al. (2018) foi eficaz e eficiente para o ensino de manejo de comportamentos interferentes a cuidadores de crianças com TEA. Entretanto, considerando que todas as participantes necessitaram do acesso às instruções como dicas para atingir o critério de aprendizagem, os autores sugeriram a inserção de instruções escritas ou orais no próprio vídeo, assim como utilizado em Barboza et al. (2015), e não apenas como uma ajuda, caso necessário.

Barboza et al. (2015), utilizaram legendas, narrações e outras dicas visuais ao longo dos vídeos apresentados como modelo, visando avaliar se o que foi chamado de videomodelação instrucional seria eficaz em ensinar três pais de pessoas com TEA a aplicarem programas de ensino por tentativas discretas. Os resultados mostraram que os três participantes demonstraram uma precisão média inferior a 50% em medidas de Linha de base (6%, 25% e 45%) e, ao final da intervenção, atingiram uma precisão de desempenho superior a 80% (83%, 88% e 80%). Os dados obtidos por Barboza et al. (2015), sugerem que a videomodelação instrucional foi uma ferramenta eficaz para o ensino de pais. Destaca-se que o estudo em questão foi replicado em Barboza et al. (2019), que confirmou a eficiência e eficácia da videomodelação instrucional como método para ensinar pais a aplicarem programas por meio do ensino por tentativas discretas destinados a crianças com TEA. Portanto, conclui-se que estratégias como a videomodelação instrucional podem auxiliar no envolvimento de familiares nas intervenções baseadas em ABA, na medida em

que ampliam o alcance dos efeitos destas intervenções para o ambiente familiar por meio da implementação eficaz de técnicas comportamentais por não profissionais. Com isso, também criam a possibilidade de reduzir custos com a manutenção dos programas de intervenção implementados diretamente por profissionais.

Embora a implementação de técnicas ensino ou manejo comportamental realizada diretamente pelos pais traga importantes possibilidades de ganhos no desenvolvimento, qualidade de vida e inserção social de pessoas com TEA, ela também pode acrescentar sobrecarga e estresse aos pais (c.f. Strauss et al., 2012), especialmente quando combinadas com outras responsabilidades cotidianas.

Pais de pessoas com TEA apresentam níveis mais altos de estresse parental em comparação com pais de crianças com desenvolvimento típico e crianças com outras condições clínicas, como paralisia cerebral, deficiência intelectual, síndrome de down e TDAH (Hayes & Watson, 2013; Craig et al., 2016; Bonis, 2016; Barroso et al., 2018). A revisão e metanálise de Scherer et al. (2019) destaca que pais de pessoas com Transtornos do Desenvolvimento e Deficiência Intelectual encontram-se em maior risco de depressão e ansiedade. Outras pesquisas indicam que, mesmo quando seus filhos respondem positivamente às intervenções baseadas em ABA, pais continuam a experimentar altos níveis de sofrimento (Grindle, et al., 2009; Remington et al., 2007). Além disto, o acentuado nível de estresse presente nos pais pode interferir negativamente na eficácia da intervenção aplicada a seus filhos com TEA (Osborne et al., 2008).

A partir do que foi exposto, é possível concluir que as demandas de cuidado que uma pessoa com TEA exige e as contingências impostas para pais e cuidadores de pessoas com TEA podem ser percebidas como eventos estressores e contribuir para uma sobrecarga emocional. Em uma revisão sistemática brasileira, Gomes et al. (2015) elencaram alguns fatores responsáveis pela

sobrecarga emocional dos pais, dentre os quais destaca-se aqui as dificuldades de lidar com o diagnóstico e suas características (como déficit de comunicação), questões financeiras advindas do diagnóstico (como custos com terapias) e renúncias a carreira para cuidar do filho, especialmente por parte das mães. Além disso, outros estudos apontaram que o estresse parental está positivamente correlacionado ao que se entende atualmente como comportamentos interferentes dos filhos com TEA (e.g., Barroso et al., 2018; Miranda, 2019), que, por sua vez, são preditores para o estresse (Hastings, 2002). Neece et al. (2012) evidenciaram uma relação bidirecional entre estresse e o que chamaram de problemas de comportamento (*i.e.*, comportamentos interferentes), na qual estresse parental é, ao mesmo tempo, um antecedente e uma consequência para tal classe de comportamentos. Ao mesmo tempo, os problemas de comportamento são um antecedente e uma consequência para o estresse parental, sugerindo assim, que o estresse parental também é preditor para problemas de comportamento, e não apenas o inverso. Esta relação também foi sustentada por outros estudos (Osborne & Reed, 2009; Zadeh et al., 2010; Nicholson et al., 2011; Bagner et al., 2013).

Foram identificados alguns estudos nacionais que estiveram interessados em avaliar o estresse presente em pais de pessoas com TEA (Faro et al., 2019; Malagris & Moxotó, 2015; Schmidt & Bosa, 2007), todos utilizando o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 2000). Esse instrumento, que recentemente passou por uma revisão e originou uma nova versão, o ISSL-R (Lipp, 2022), permite identificar a presença de estresse e o nível no qual a pessoa se encontra. De forma geral, os resultados obtidos por todos os estudos em questão, indicaram a presença de estresse na maioria dos pais de pessoas com TEA participantes. Diante deste cenário, destaca-se a necessidade de desenvolver e planejar intervenções endereçadas não somente às demandas dos indivíduos com TEA, mas também que abordem diretamente o

estresse e bem-estar dos seus cuidadores.

Confirmando tal necessidade, a revisão sistemática realizada por Merriman et al. (2020) demonstrou que há muitos dados sobre intervenções de treinamento parental com foco no comportamento, desenvolvimento social ou linguístico da criança com TEA, porém, intervenções dedicadas à saúde mental e bem-estar psicológico dos pais são, muitas vezes, negligenciadas. Brito e Faro (2016) também já tinham apontado tal defasagem e a importância do desenvolvimento de intervenções que tenham o estresse parental também como foco. Na mesma direção, Barroso et al. (2018), a partir de uma revisão sistemática e metanálise, indicaram que a intervenção para crianças com TEA pode precisar incluir alvos para melhorar o estresse parental, bem como incluir a avaliação do estresse parental como um componente fundamental para a triagem de rotina na atenção primária pediátrica.

Na tentativa de identificar e direcionar melhores evidências para formulação de estratégias de promoção de qualidade de vida, apoio à saúde mental e redução de estresse de pais e cuidadores de pessoas com TEA, Catalano et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática com análise crítica. Os autores incluíram na análise estudos quantitativos e qualitativos e, entre seus achados, identificaram que a utilização de estratégias de *Mindfulness* (ou Atenção plena na língua portuguesa) produziu resultados positivos no gerenciamento de estresse. Em uma revisão seguinte, Lichtlé et al. (2020) avaliaram os efeitos de programas de treinamentos parentais grupais sobre o nível de estresse ou qualidade de vida destes participantes. Os resultados sugeriram que a Terapia de aceitação e compromisso (i.e., ACT, acrônimo de *Acceptance and Commitment Therapy*), assim como estratégias de *Mindfulness* seriam ferramentas promissoras para o gerenciamento de estresse, corroborando os achados de Catalano et al. (2018).

Diferentes perspectivas têm pautado uma heterogeneidade de definições e

operacionalizações de *Mindfulness*. Baer (2003), Bishop et al. (2004) e Kabat-Zinn (1990) concordam que *Mindfulness* se refere a um estado de auto-observação e atenção ao momento presente, sem julgamento. Intervenções que incorporam técnicas baseadas em *Mindfulness* têm sido estudadas com várias populações (Hofmann et al., 2010; Khoury et al., 2015; Sanada et al., 2016; Rash et al., 2019). Particularmente para pais de pessoas com TEA, as intervenções baseadas em *Mindfulness* têm sido aplicadas na busca de reduzir o estresse (Rojas- Torres et al., 2021; Weitlauf et al., 2020; Raulston et al., 2019; Pennefather et al., 2018; Neece et al., 2018; Dykens et al., 2014; Neece, 2014; Ferraioli & Harris, 2012), e para minimizar comportamentos desafiadores apresentados pelos filhos (Weitlauf et al., 2022; Raulston et al., 2019; Pennefather et al., 2018; Neece et al., 2018; Neece, 2014).

No estudo de Cachia et al. (2015), os autores revisaram e avaliaram as evidências produzidas até 2015 por 10 estudos primários que implementaram intervenções de *Mindfulness* para diminuir o estresse de pais de crianças com TEA. Os resultados do estudo revelaram a diminuição do estresse de forma consistente a partir dos procedimentos propostos, ainda que tenha havido variações nas intervenções, no número de sessões e nos instrumentos de medida entre os estudos revisados. Destaca-se que 9 dos 10 estudos revisados, utilizaram a técnica chamada de Varredura corporal (*Body scan*) e 7 utilizaram a Meditação focada na respiração. Estas duas estratégias também são utilizadas em um protocolo específico denominado de Intervenção Baseada em *Mindfulness* para Redução de Estresse (MBSR), cuja eficácia para redução de estresse, ansiedade e sintomas de depressão de pais de crianças com TEA (além de produzir efeitos positivos indiretos para seus filhos), já foi demonstrada a partir de revisão sistemática (e.g., Govindasamy et al., 2022). Dessa forma, entende-se que os achados de Cachia et al. (2015) e de Govindasamy et al. (2022), indicam que as intervenções baseadas em *Mindfulness* que adotam a

Varredura corporal e a Meditação focada na respiração são promissoras para manejar estresse em pais de indivíduos com TEA.

Até o momento, foram encontradas somente três pesquisas produzidas na última década que buscaram avaliar a efetividade de procedimentos para ensinar pais de pessoas com TEA a implementarem estratégias baseadas em ABA, alinhados também ao uso de Intervenções baseadas em *Mindfulness* (MBIs) que levaram à redução de estresse parental (i.e., Dykens et al., 2014; Corti et al. 2018; Weitlauf et al., 2020). A carência de produção nesta área, aliada ao fato de que nenhum dos estudos encontrados pretendeu ensinar estratégias de manejo de comportamentos interferentes, evidencia ainda mais a necessidade de mais pesquisas neste sentido. Sobretudo, diante do fato de que as diferentes características e demandas por suportes necessários à pessoa diagnosticada com TEA podem impactar a vida não apenas do próprio indivíduo, mas também na de seus cuidadores (e.g., Barbosa & Fernandes, 2009). Como decorrência, entende-se aqui que as propostas de intervenções individualizadas e adaptadas às necessidades da pessoa com TEA, podem ser ainda mais socialmente válidas, na medida que alcancem também a saúde de quem está no papel de cuidador.

Diante do que foi exposto, o presente trabalho surgiu no contexto das pesquisas já existentes sobre combinações de intervenções baseadas em ABA com intervenções baseadas em *Mindfulness* (MBI) para pais e cuidadores de pessoas com TEA. Dessa forma, o principal objetivo do presente estudo foi verificar a eficácia de um programa de ensino, composto pela combinação de videomodelação instrucional com as estratégias de varredura corporal e meditação focada na respiração, em ensinar mães de pessoas com TEA a implementar com integridade algumas estratégias de manejo de comportamentos interferentes. Além disso, o estudo também pretendeu avaliar se, após o programa de ensino, ocorreriam alterações no nível de estresse das mães,

mensurado a partir do instrumento denominado de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – Revisado (Lipp, 2022), a versão mais atual deste inventário.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo três mães de indivíduos diagnosticados com TEA (P1, P2 e P3) e seus respectivos filhos. As participantes, todas do sexo feminino, apresentavam idades de 25, 36 e 46 anos, sendo duas brancas e uma preta. Todos os participantes foram recrutados e selecionados a partir da indicação de profissionais de uma clínica privada que presta serviços baseados em ABA da cidade de Uberaba/MG (na qual a pesquisadora responsável atua profissionalmente).

Os critérios de inclusão para a participação das mães no estudo foram: (a) possuir idade mínima de 18 anos, (b) ser responsável e o principal cuidador de uma criança com diagnóstico de TEA atendida pela clínica participante do estudo, (c) saber ler, (d) demonstrar dificuldades de manejo de comportamentos interferentes dos filhos (i.e., desempenhos com máximo 30% de acerto na implementação dos procedimentos de manejo, atestado na condição de Linha de base a ser descrita posteriormente nesta seção), (e) ter sido relatado queixas de estresse (e/ou percebido pelos terapeutas da clínica) e dificuldades em manejo dos comportamento interferentes dos respectivos filhos; e (f) ter disponibilidade de horários para realização das sessões de coletas de dado sozinha e/ou acompanhada da(o) respectiva(o) filha(o) (a depender da fase do estudo). Foi adotado como critério de exclusão a classificação de “Sintomas não Qualificáveis”, pelo Inventário de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - Revisado (ISSL-R), o que representa baixo nível crítico de stress.

Os critérios de inclusão para a participação das crianças com TEA foram: (a) possuir idade entre 2 e 6 anos; (b) ter recebido diagnóstico de TEA (c) emitir comportamentos interferentes com

as funções de 1) reforçamento positivo (mando para obter um item) e 2) reforçamento negativo (mando para retirar um item do ambiente), confirmados a partir dos relatos das mães e das terapeutas responsáveis pelos casos de cada criança na clínica participante.

Considerações Éticas

As mães autorizaram tanto as suas participações, quanto dos seus filhos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A). Além disso, o projeto e o TCLE foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa, designado pela Plataforma Brasil para avaliação da sua conformidade com as diretrizes brasileiras para realização de pesquisas com humanos e suas complementares. O Comitê de ética em Pesquisa do Instituto Paliar (localizado na Rua Antônio Carlos, nº 196/220 - Bela Vista, São Paulo - SP, cep: 01309-010, com telefone (11)5501-0555 e e-mail cep@paliar.com.br) aprovou a pesquisa em 27/11/2024, parecer número 7.251.432 e CAAE 82613924.2.0000.0313.

Local e materiais

A coleta de dados foi realizada em três diferentes ambientes, sendo os dois primeiros disponibilizados pela clínica na qual as crianças eram atendidas, a saber, Ambiente 1: uma sala climatizada, medindo aproximadamente 3,0m x 3,0m, mobiliada com três cadeiras, uma mesa, tapete infantil, prateleiras com brinquedos variados e uma poltrona estofada; e o Ambiente 2: uma segunda sala, idêntica ao Ambiente 1, com exceção da poltrona estofada. O terceiro ambiente, utilizado para testar a ocorrência de generalização entre ambientes e pessoas, consistiu em algum espaço designado pelas mães participantes no domicílio de cada uma delas (P1: C1 e C2 na sala; P2: C1 no quarto da criança e C2 na sala; e P3: C1 na sala e C2 no quarto da criança).

Os materiais utilizados ao longo do estudo foram: computador, folhas de registro, folhas em branco para anotações, canetas, fones de ouvido sem fio (*bluetooth*), aparelho celular e tripé para

filmagem das sessões experimentais e o *software Clipchamp*, para edições dos vídeos e do áudio utilizados na intervenção. Também foram utilizados o inventário ISSL-R e recursos confeccionados especialmente para o presente estudo: videomodelos instrucionais e gravação de áudio contendo instruções para meditação guiada, ambos descritos na subseção 'Instrumentos' deste Método.

Instrumentos

ISSL-R - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – Revisado: foi utilizado para mensuração do índice de estresse das participantes e está apresentado no Apêndice D. O instrumento avalia a presença de sintomas de estresse considerando três períodos diferentes: as últimas 24 horas, a última semana e o último mês. A partir das respostas fornecidas, o respondente pode obter o total de 53 pontos em cada aplicação. Por meio da somatória dos pontos obtida e seleção da tabela normativa correspondente à população alvo do respondente, o instrumento propõe quatro níveis para qualificar o estresse dos respondentes: 1) Sintomas não qualificáveis (até 07 pontos), 2) Sintomas leves (entre 08 e 14 pontos), 3) Sintomas moderados (entre 15 e 23 pontos) ou 4) Sintomas graves (acima de 23 pontos). Nesta pesquisa, foi utilizada a tabela normativa de amostra por sexo feminino, considerando o gênero declarado por todas as participantes.

Arquivo de áudio com instruções para meditação guiada: para a realização das práticas de escaneamento corporal e meditação focada na respiração, uma gravação de áudio foi criada e editada de forma a apresentar o conteúdo apresentado no Apêndice E. A gravação teve duração de nove minutos e permitia que as participantes tivessem, aproximadamente, de 30 a 40 segundos entre uma instrução e outra, para experimentar cada ação que era guiada. O áudio foi editado para que a voz fosse isolada, anulando ruídos de fundo, deixando-o mais semelhante a uma gravação feita em estúdio. Também foi inserido uma música instrumental com sintetizadores suaves ao

fundo, sem se sobrepor à voz. A versão final do áudio pode ser acessada por meio do link: [Áudio](#)
[- Mindfulness](#).

Videomodelos instrucionais: para cada participante, foram confeccionados dois videomodelos instrucionais de forma individualizada, um para cada função dos comportamentos interferentes (condições C1 e C2). Neles, o assistente de pesquisa simulava os comportamentos interferentes apresentados por cada criança, considerando a atividade na qual esses comportamentos ocorriam com maior frequência e a ajuda necessária a ser fornecida pelas mães para evocar a ocorrência de uma resposta de mando socialmente adequada, conforme descrição na Tabela 1. Cada vídeo também demonstrava a pesquisadora implementando os passos requeridos pelos procedimentos de manejo para cada condição (ver Tabela 2). A Tabela 3 mostra o título de cada vídeo, seu conteúdo e o link para acesso.

Tabela 1. Descrição dos contextos, comportamentos interferentes e ajudas fornecidas por P1, P2 e P3 em cada uma das condições

Participante	Condição	Contexto	Topografias dos interferentes	Ajuda
P1	C1	Mãe manuseia o celular com vídeo de música infantil de interesse da criança	Estende os braços em direção à mãe alternando entre apertar os braços e bochechas da mesma.	Ajuda física parcial para apontar para o item desejado e modelo vocal: "dá"
	C2	Atividade de colorir	Empurra itens da mesa da mesa, levanta-se rapidamente da cadeira e se afasta do local de forma brusca	Modelo vocal: "guardar"
P2	C1	Controle do ar condicionado	Alterna entre choros e gritos dizendo "não, mãe! Eu liga", alterna entre tapas na coxa e braços da mãe e socos leves na própria perna. Em seguida, deita no chão	Modelo vocal: "Controle do ar condicionado, por favor"
	C2	Brinquedo de encaixe	Empurra itens da mesa, levanta-se rapidamente da cadeira e se afasta dizendo "não, não, não!"	Modelo vocal: "Guarda, por favor"
P3	C1	Garrafa com água	Puxa a garrafa da mão da mãe, gritos agudos, alterna entre apertar e puxar o braço e dedo mínimo da mãe	Ajuda física total para apontar para o item desejado
	C2	Brinquedo de encaixe	Empurra itens da mesa, grito agudo, bagunça os itens apresentados com as mãos e anda em direção contrária ao local onde o item está	Ajuda física total para pegar e entregar a ficha de "GUARDAR"



Tabela 2. *Passos requeridos para implementar os procedimentos de manejo dos comportamentos interferentes em cada uma das condições.*

Passos	C1	C2
1	Suspenda a atenção (não olhe no olho da criança e não fale com ela)	Suspenda a atenção (não olhe no olho da criança e não fale com ela)
2	Adote uma postura segura e vigilante como medida preventiva	Adote uma postura segura e vigilante como medida preventiva
3	Retenha/recupere o item	Mantenha o item no ambiente
4	Bloqueie, se houver comportamentos lesivos	Aguarde 3s sem emissão de interferente
5	Aguarde 3s sem emissão de interferentes	Forneça a ajuda para pedir*
6	Forneça a ajuda para pedir*	Retire o item do ambiente
7	Entregue o item	

Nota: (*) A ajuda correspondente está descrita na Tabela 1.

Tabela 3. *Títulos, conteúdo e links para acesso a cada vídeo utilizado no estudo.*

Título dos Vídeos	Conteúdo	Link de acesso
P1C1	Introdução + manejo para C1 sem pausas + manejo para C1 com pausas e instruções	P1C1
P2C1		P2C1
P3C1		P3C1
P1C2	Manejo para C2 sem pausas + manejo para C2 com pausas e instruções	P1C2
P2C2		P2C2
P3C2		P3C2

Delineamento Experimental

Foi utilizado um delineamento de Linha de base múltipla entre participantes, acoplado com múltiplas sondas para avaliação do nível de estresse das participantes. As sondagens foram realizadas aplicando os instrumentos de medida de estresse antes e após a intervenção.

Variáveis experimentais

A variável independente (VI) do estudo consistiu em um programa de ensino composto pela combinação de videomodelação instrucional com estratégias de intervenção baseadas em *mindfulness* (varredura corporal e meditação focada na respiração).

A variável dependente (VD) foi a integridade de implementação das estratégias de manejo de comportamento interferentes emitida por meio da realização dos passos requeridos em duas cadeias de respostas, *c.f.* Tabela 2, a depender de duas condições diferentes (Condição 1 [C1]: reforçamento positivo e Condição 2 [C2]: de reforçamento negativo). A VD foi medida em porcentagem de acertos e calculada por meio da fórmula: $[\text{n}^\circ \text{ de passos corretos emitidos} / \text{n}^\circ \text{ total de passos requeridos}] \times 100$, para cada uma das condições. Também foi considerada como VD secundária a pontuação de estresse obtidas pelas participantes, antes e depois da intervenção.

Procedimento

Etapa Pré-experimental

Inicialmente, os responsáveis clínicos pelos casos das crianças foram solicitados a preencher a Folha de Registro 1 (Apêndice B), com objetivo de identificar os itens/atividades que frequentemente evocavam os comportamentos interferentes alvos, as suas topografias e em quais momentos do dia tais comportamentos eram emitidos com maior frequência. Os critérios utilizados para a seleção dos comportamentos-alvo foram: a frequência de ocorrência, a identificação de função relacionada ao reforçamento positivo ou negativo, e a ausência de risco elevado, como nos casos de crises com comportamentos autolesivos. Para recolher tais informações, a pesquisadora pessoalmente entrevistou as mães para preencher a Folha de Registro 2 (Apêndice C). Adicionalmente, foi solicitado que as próprias mães participantes simulassem, da forma mais próxima que conseguissem, os comportamentos interferentes emitidos por seus filhos nas situações descritas (isto é, as mães imitavam o comportamento dos filhos na presença da pesquisadora). As informações recolhidas neste levantamento inicial, foram

utilizadas para a confecção dos videomodelos instrucionais utilizados no estudo e para o planejamento dos comportamentos simulados pelo assistente de pesquisa.

Condições Experimentais

As participantes foram expostas a seis condições experimentais: Linha de base (LB), Treino (Práticas das estratégias baseadas em *mindfulness* + videomodelação instrucional), Generalização 1, Generalização 2, *Follow-up* 1 e *Follow-up* 2. Em todas elas, estiveram presentes somente a pesquisadora, um assistente de pesquisa e as mães participantes (individualmente). Exceto na condição de Generalização 2, quando estavam presentes somente as mães, junto com seus respectivos filhos, sendo que a pesquisadora acompanhou ao vivo, por meio de uma videoconferência, para garantir a observação direta da implementação das estratégias de manejo em um ambiente natural, minimizando a influência de sua presença sobre o desempenho das participantes.

Sondagens

O objetivo das sondagens no delineamento desta pesquisa foi recolher as medidas de avaliação indireta que indicassem o nível de estresse das participantes em diferentes momentos do estudo. Para tanto, ISSL-R foi aplicado antes da Linha de base e ao final do último *follow up*.

Linha de base (LB)

Os objetivos desta condição, foram mensurar o desempenho das participantes em implementar procedimentos de manejo de comportamentos interferentes para a) avaliar seus respectivos desempenhos antes da implementação da VI e b) confirmar se atingiam o critério de inclusão no estudo (i.e., abaixo de 30% de acerto na implementação dos procedimentos de manejo).

Cada tentativa de todas as condições experimentais foi denominada de “Sessão”. As sessões de LB foram realizadas em um contexto de dramatização, no qual um assistente de pesquisa

representava o papel da criança com TEA. Na Condição 1 (C1), foram simuladas oportunidades para manejo de comportamentos interferentes de mando com função de reforçamento positivo e, na condição 2, (C2), mandos com função de reforçamento negativo (retirada de um item do ambiente).

Inicialmente, as participantes realizaram as sessões da C1 e depois da C2. No início de cada sessão, a pesquisadora fornecia a seguinte instrução: “Nesta fase, eu gostaria que você me mostrasse como você costuma manejar alguns comportamentos interferentes do seu filho. Não se preocupe que nesta fase não há certo ou errado. A gente vai fazer isso simulando, onde o (nome do assistente de pesquisa) vai representar seu filho e você vai demonstrar com ele como costuma fazer. Faremos essa simulação algumas vezes. Procure ficar tranquila, pois neste momento, quero justamente verificar qual será a melhor forma de te ajudar a manejar os comportamentos do seu filho quando eles ocorrem. Gostaria de tirar alguma dúvida antes de começarmos?”. Finalizado o esclarecimento de eventuais dúvidas, era iniciada a tentativa.

Nenhum *feedback* foi fornecido para as participantes durante e após o término de cada sessão de LB, independente da emissão de acertos ou erros. Na busca de gerar um ambiente de aprendizagem positivo, a apresentadora apresentava comentários elogiando comportamentos diferentes dos que eram alvo de ensino, como, “isso aí, você conseguiu demonstrar bem pra gente como você costuma fazer”.

A cada tentativa, era registrado como acerto, a execução correta cada um dos passos requeridos na Tabela 2. Omitir qualquer um dos passos ou executar qualquer resposta diferente do que está previsto nas cadeias de comportamentos das duas condições, foi registrado como erro. Ao final do registro, era derivada a porcentagem de acertos (i.e., de integridade na implementação do procedimento).

O total de sessões realizadas na condição de LB variou entre as participantes de acordo com o delineamento de Linha de base múltipla.

Depois que a primeira participante apresentava desempenho indicativo de estabilidade em pelo menos três pontos de dados, a VI era introduzida na Condição 1 (C1). Para as demais participantes, o critério de introdução da VI foi o mesmo adicionando a realização de, no mínimo, duas tentativas a mais que a participante anterior. Finalizada a condição de LB da Condição 1 (C1), foi iniciada a condição de LB da Condição 2 (C2). O procedimento para inserção da VI na C2 foi o mesmo descrito para C1. Ao término da condição de LB das duas condições, era iniciado o Treino da C1. Depois que o Treino da C1 era finalizado, iniciava-se o Treino da C2.

Treino

O Treino foi composto por dois componentes. Componente 1 foi denominado de Estratégias baseadas em *Mindfulness* (meditação Focada na respiração seguida de varredura Corporal). O componente 2, de Videomodelação instrucional.

Como forma de dar uma introdução breve às práticas do Componente 1, somente antes da primeira exposição ao áudio, a pesquisadora perguntou às participantes se sabiam como era uma meditação guiada e se já haviam tido experiências semelhantes anteriormente. Todas responderam não saber do que se tratava e nunca terem praticado antes. A pesquisadora explicou que a prática da meditação seria conduzida por uma gravação em áudio com instruções para perceber a respiração e as sensações em todo o corpo. Foi ressaltado que seria natural caso o pensamento se dispersasse e, se isso ocorresse, bastaria trazê-lo de volta com gentileza, sem julgamentos. Também informou que o áudio tinha a duração de 9 minutos (cujo conteúdo exato está descrito no Apêndice E) e que seria ouvido pela participante com o auxílio de um fone de ouvidos. Em seguida, a pesquisadora convidava a participante a se posicionar na poltrona, da maneira que se sentisse

mais confortável e a relatar caso sentisse algum desconforto que limitasse a execução da prática. Foi oferecida a opção de realizar a prática com a luz da sala acesa ou reduzida e todas optaram pela luz reduzida.

Componente 1: Estratégias baseadas em mindfulness (meditação focada na respiração, seguida de varredura corporal)

A pesquisadora pressionava o botão de “play” do computador que executava a gravação, se retirava da sala e aguardava do lado de fora, ao lado na porta. O áudio era executado até o final, sem interrupções. Enquanto aguardava, a pesquisadora cronometrava nove minutos e trinta segundos, antes de entrar a sala novamente para dar início ao Componente 2.

Destaca-se que o Componente 1 foi apresentado imediatamente antes do Componente 2 durante toda a condição de Treino, para todas as participantes. A partir de então, foi apresentado sozinho (sem a apresentação subsequente do Componente 2), até o final do estudo, em diferentes momentos. Primeiro, imediatamente antes da primeira sessão da condição de Testes de Generalização (G1). Posteriormente, foi apresentado uma vez por dia, em pelo menos três vezes por semana em que as participantes iam até a clínica (também para acompanhar das terapias dos respectivos filhos), ao longo de todo período necessário para completar 30 dias após alcance do critério de aprendizagem e início da primeira sessão da condição de *Follow up* (F1). Dessa forma, cada uma das participantes realizou a prática de *mindfulness* 16 vezes no total, com exceção de P3, que a realizou 15 vezes devido à necessidade de se ausentar em um dos dias da prática.

Componente 2: Ensino do manejo de comportamentos interferentes

Na condição de Treino, depois que o áudio terminava, a pesquisadora entrava na sala e convidada a participante a sentar-se em frente à mesa, onde estava o computador com o videomodelo instrucional. Em seguida, era entregue à participante uma folha de papel em branco

e caneta para anotações, caso achasse necessário. Então, a pesquisadora informava que um vídeo seria apresentado duas vezes, mostrando instruções e demonstrações sobre como manejar os comportamentos interferentes de seu filho. É importante mencionar que somente na primeira apresentação do vídeo, a participante assistia a um trecho introdutório com duração de 40s (transcrito no Apêndice F), que explicava como os vídeos foram elaborados e agradecendo a sua participação na pesquisa. Logo em seguida, era iniciada a primeira demonstração da implementação do manejo em si, sem pausas ou instruções. Assim que a primeira demonstração do procedimento finalizava, era iniciada a segunda demonstração, que continha pausas e instruções ao longo do modelo demonstrado. A partir da segunda oportunidade de assistir aos vídeos de qualquer condição, o trecho introdutório não foi mais exibido.

Após as duas exibições do modelo para implementar o manejo, a primeira sem e a segunda, com instruções, a pesquisadora informava que aquele era o momento de praticar e avisava que a participante iria demonstrar o procedimento observado algumas vezes. Cada demonstração era considerada como uma rodada de *role-play*, sendo que eram realizadas no máximo três rodadas após cada exibição dos videomodelos. A tentativa iniciava com o assistente de pesquisa, representando o papel da criança, emitindo os comportamentos interferentes como ocorriam no vídeo. Cada tentativa era finalizada após a emissão do pedido realizado da forma correta pela “criança”. Nenhuma consequência potencialmente reforçadora planejada era apresentada contingentemente ao desempenho da participante, independente do acerto ou erro. O objetivo era avaliar se a exposição ao vídeo por si só, sem influência de reforçadores adicionais, seria suficiente para promover mudanças no comportamento.

Caso a participante atingisse o critério de aprendizagem (80% de acertos em duas sessões consecutivas ou uma sessão com 100%), passaria para o Treino da Condição 2. Caso negativo, o videomodelo da condição em treino era apresentado uma segunda vez (com exceção do trecho introdutório). Em seguida, novas rodadas de *role-play* eram realizadas (no máximo 3), para

verificar se a participante atingiria o critério de aprendizagem. Caso negativo, era realizada a terceira apresentação do vídeo com a exibição dos dois modelos (sem e com instruções), seguida novamente de até mais três rodadas de *role-play*. Se ainda assim a participante não atingisse o critério, seria fornecida a Ajuda de Nível 1, que consistiu em uma nova apresentação do videomodelo instrucional, seguido da entrega de uma folha de papel contendo todos os passos requeridos para implementar o manejo comportamental, que era lida em voz alta pela pesquisadora, junto com a participante. Após a apresentação da Ajuda Nível 1, novas rodadas de *role-play* seriam realizadas (máximo 3). É importante ressaltar que, até este momento, nenhuma consequência diferencial planejada para acertos ou erros, nem *feedbacks* foram fornecidos às participantes, independente do seu desempenho.

Caso a participante continuasse não atingindo o critério, seria fornecida a Ajuda de Nível 2, que consistia em uma nova apresentação do videomodelo, seguida de rodadas de *role-play*, no quais seriam apresentados *feedbacks* imediatos contingentes às respostas corretas emitidas pela participante. Em caso de erros ou omissão de algum passo requerido na cadeia do procedimento, lembretes do que deveria ser corrigido, seriam fornecidos imediatamente antes de iniciar a rodada de *role-play* subsequente. A partir de então, as rodadas de *role-play* seriam repetidas até que a participante atingisse o critério de aprendizagem. A Figura 1 ilustra a sequência e critérios das condições experimentais do Componente 2.

Testes de Generalização

Esta condição teve como objetivo avaliar a ocorrência de dois tipos de generalização, denominadas aqui como Generalização 1 (G1): entre ambientes; e Generalização 2 (G2): entre ambiente e pessoas.

Para avaliar a ocorrência da G1, foi solicitado que cada participante implementasse apenas

uma tentativa dos procedimentos de manejo aprendidos (para C1 e C2), em um espaço físico diferente de onde fora realizado o Treino. Mantendo o assistente de pesquisa no papel de criança com TEA, todas as participantes realizaram os testes de G1 no Ambiente 2, uma outra sala de atendimento da clínica.

Para avaliar a ocorrência de G2, foi solicitado que as participantes realizassem os manejos aprendidos diretamente com seus respectivos filhos, em ambiente domiciliar, como forma de avaliar a generalização do aprendizado para o ambiente natural. Para tanto, foi solicitado que a participante organizasse o ambiente de forma a evocar os comportamentos alvos, i.e., disponibilizar um item de interesse à vista, mas fora do alcance da criança (para a C1) e apresentar alguma atividade/material cuja retirada é comumente solicitada por seu filho. Além disso, a pesquisadora realizou uma videoconferência no horário combinado com cada participante para a realização do teste e permaneceu observando diretamente a implementação, até o final da tentativa. Cada uma das participantes também realizou somente uma tentativa do teste de G2.

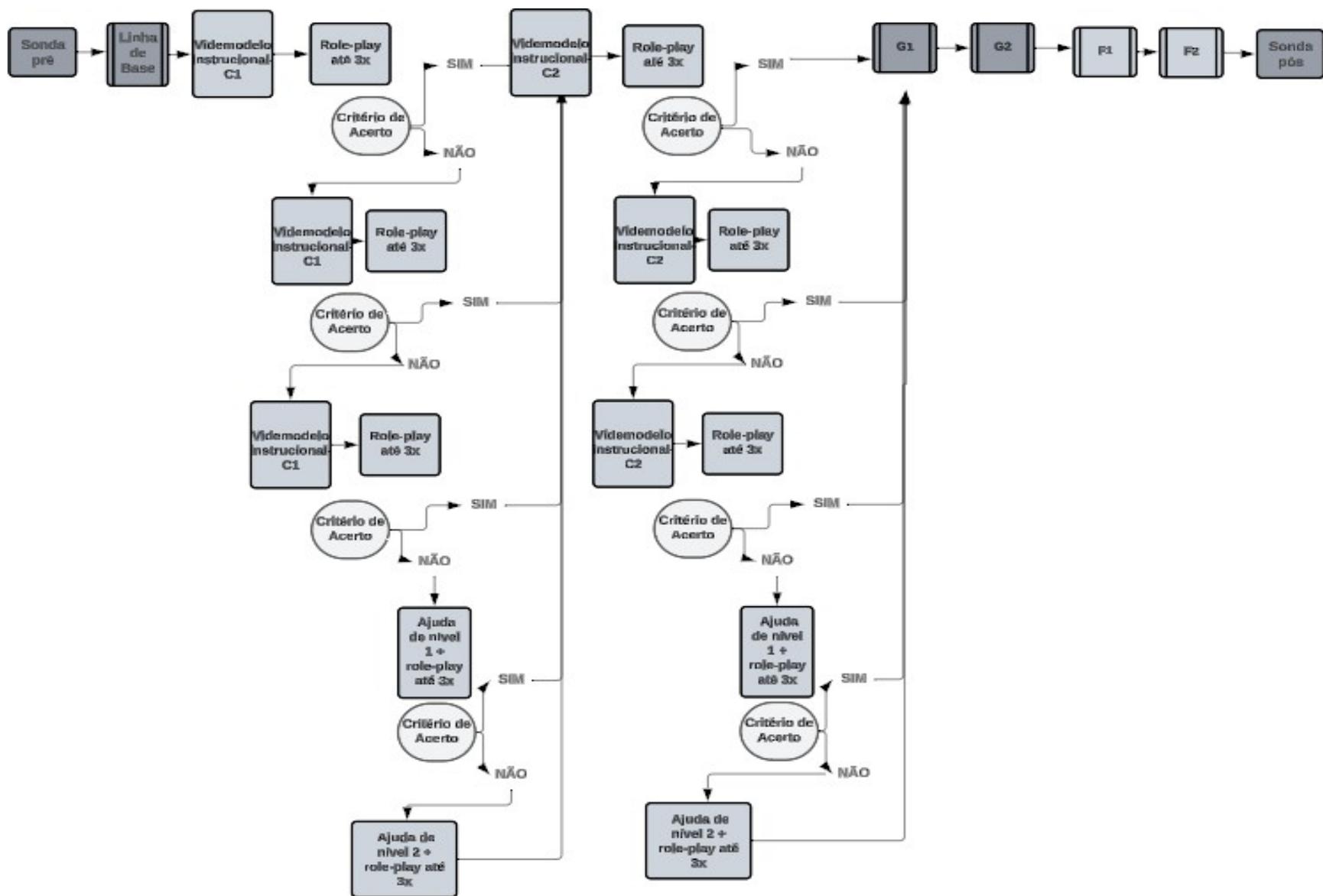


Figura 1. Sequência e critérios para mudanças das condições experimentais e apresentações das sondas e diferentes níveis de ajuda.

Follow-up

Para avaliar se o aprendizado obtido se manteve ao longo do tempo, foram realizadas duas tentativas de *follow up* com cada uma das participantes. A primeira, foi realizada quinze dias após o término da intervenção e a segunda, após trinta dias. Ambas as tentativas foram realizadas no mesmo ambiente no qual o Treino fora realizado e com o assistente de pesquisa no papel das crianças.

Acordo entre observadores

Um observador independente treinado observou todas as sessões de cada uma das condições experimentais para que o índice de acordo entre observadores dos registros de cada tentativa seja calculado. O cálculo para avaliar a concordância entre os observadores foi realizado pelo método de tentativa por tentativa (Cooper *et al.*, 2020), *i.e.*, dividindo-se o número de acordos pelo número total de tentativas (acordos + desacordos), então, multiplicando o resultado por 100.

O índice acordo para P1 foi de 92% em C1 e 93% em C2. Para P2, os índices foram 92% tanto em C1 quanto em C2. Já para P3, o acordo foi de 87% em C1 e 93% em C2.

Medidas de validade social

Para avaliar se a intervenção proposta na pesquisa foi considerada relevante pelos participantes, foi elaborado um questionário com 12 perguntas objetivas, referentes à importância, à aceitabilidade e à aplicabilidade das estratégias de manejo aprendidas (Apêndice G). As perguntas foram respondidas a partir das opções de respostas (1) Discordo totalmente, (2) Discordo parcialmente, (3) Neutro, (4) Concordo parcialmente e (5) Concordo totalmente. O questionário foi aplicado às mães participantes depois do término da condição da *Follow up*.

RESULTADOS

A Figura 2 mostra, no eixo Y primário, a porcentagem de acertos na implementação do manejo pelas participantes ao longo das sessões de todas as condições experimentais (círculos fechados), e no eixo secundário, o total dos sintomas de estresse detectados na escala de estresse parental de ISLL-R, durante as sondas Pré e Pós treino (triângulos abertos). Os três gráficos da porção esquerda da figura mostram o desempenho de P1 (acima), P2 (no centro) e P3 (abaixo), na Condição C1. Os três gráficos da porção direita, mostram o desempenho das respectivas participantes na Condição C2. Em todos eles, os círculos brancos representam os testes de generalização, com aplicação do manejo diretamente com os filhos, em domicílio.

No que tange aos resultados das medidas de estresse pré e pós, observou-se uma redução nos escores de estresse em todas as participantes. A participante P1 apresentou uma diminuição de 8 para 4 pontos, mudando sua classificação de "sintomas leves" para "sintomas não qualificáveis". A participante P2 reduziu de 27 para 16 pontos, passando de "sintomas graves" para "sintomas moderados". Já a participante P3 apresentou uma redução de 37 para 22 pontos, também migrando da classificação de "sintomas graves" para "sintomas moderados".

Na Figura 2 também é possível identificar que, durante a Linha de Base, a porcentagem de acerto de todas as participantes ficou abaixo de 15% na implementação do manejo na condição C1 e abaixo de 20% na condição C2. Os acertos variaram entre 0% e 14% na C1 e entre 0% e 17% na C2. Imediatamente após a introdução da VI, observou-se o aumento da porcentagem de acertos obtida por todas as participantes, nas duas condições de Treino. Também se observa que P1 precisou de um número maior de sessões para atingir o critério de aprendizagem quando comparado com P2 e P3, tanto na C1 quanto na C2. P1 precisou de cinco tentativas em C1 (implicando na necessidade de duas exibições do videomodelo instrucional), enquanto P2 e P3 necessitaram de apenas três (portanto, apenas uma exibição do vídeo). Já em C2, P1 precisou de oito sessões (implicando em três exibições do vídeo), enquanto P2 e P3 alcançaram o critério em

apenas uma exibição. Esses resultados indicam que, embora P1 pareça ter tido maior dificuldade em aprender os procedimentos de manejo alvos, foram necessárias relativamente poucas exibições do videomodelo instrucional (de uma a três, no total) para que todas as participantes aprendessem a implementar os procedimentos alvo. Sendo assim, não houve a necessidade de apresentar nenhum dos níveis de ajuda planejados, para nenhuma das participantes, indicando que apenas o videomodelo instrucional, sem a leitura dos passos por escrito e sem a apresentação de *feedbacks* contingentes ao desempenho, foram suficientes para promover o aprendizado das participantes deste estudo.

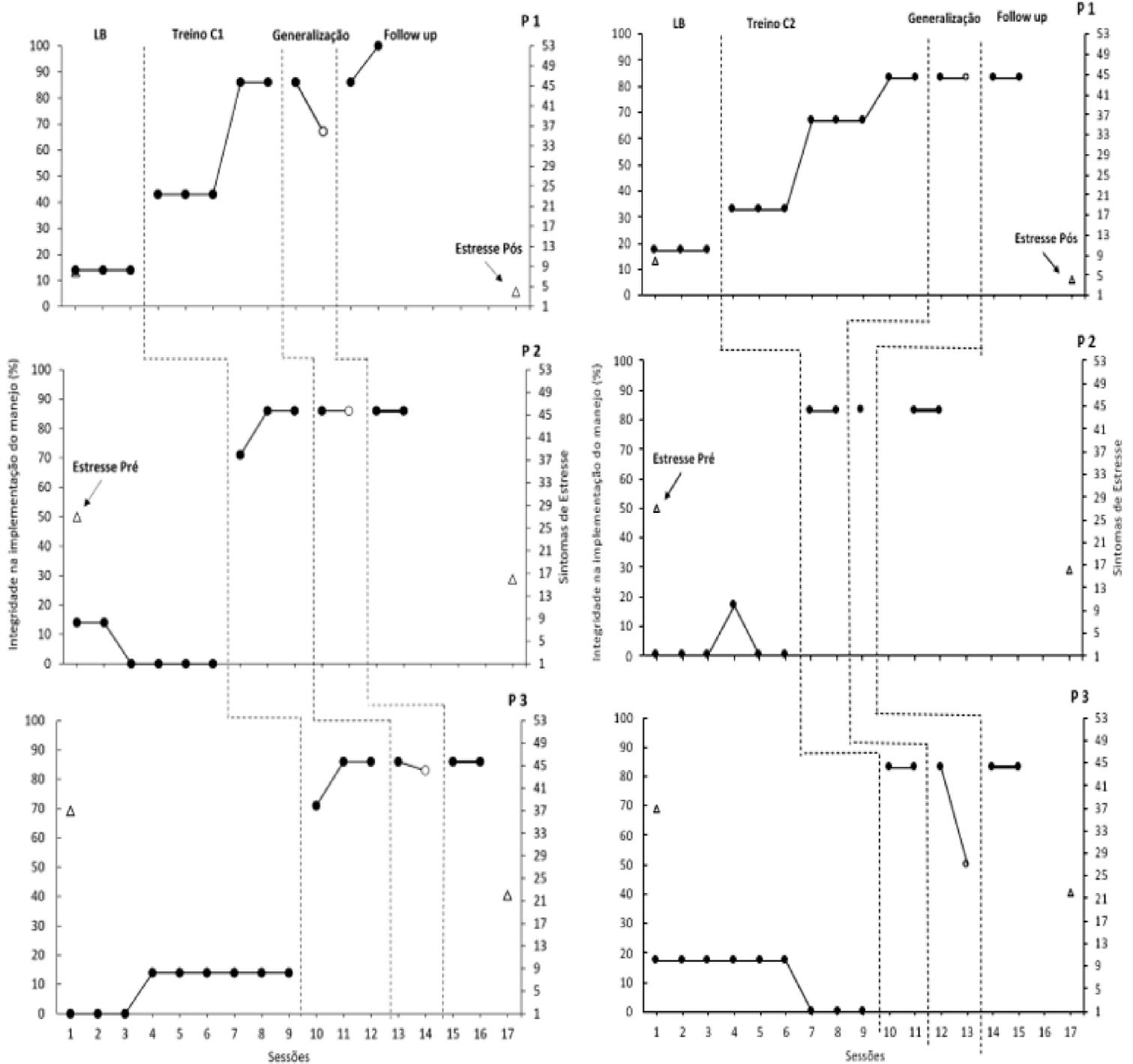


Figura 2. Porcentagem de acertos obtidos por todas as participantes em C1 (gráficos da esquerda) e C2 (gráficos da direita).

A Figura 2 também mostra que nos testes da condição de Generalização na Condição 1, todas as participantes obtiveram desempenho de 86% de acerto na primeira tentativa (aplicada em novo ambiente, com o assistente de pesquisa no papel da criança). Já na segunda tentativa (aplicada com os próprios filhos, em domicílio), P2 e P3 mantiveram desempenho acima de 80% de acerto (i.e., 86% e 83%, respectivamente), enquanto o desempenho de P1 caiu para 67%. É importante mencionar que houve uma pequena queda no desempenho de P3 da primeira para a segunda tentativa dos Testes de Generalização, saindo de 86% para 83%. Ainda assim, destaca-se que a diminuição não se deve a um aumento no número de erros, mas sim à exclusão do requerimento do passo de “bloqueio de lesivo”, visto que o interferente emitido pela criança não incluiu respostas lesivas na tentativa em questão. Estes resultados indicam que o programa de ensino proposto no presente estudo foi eficaz em produzir generalização do aprendizado do manejo na Condição 1 para novos ambientes, para todas as participantes. Além disso, demonstram que o aprendizado de duas das três participantes, também generalizou quando aplicado com outras pessoas, dado que somente P1 não demonstrou desempenho compatível com a generalização quando o teste foi realizado com seu filho.

No que diz respeito aos testes de Generalização na Condição 2, é possível observar na Figura 2 que, novamente, todas as participantes obtiveram desempenhos acima de 80% de acerto na primeira tentativa (i.e., 83%), indicando a ocorrência de generalização entre ambientes no desempenho das três. Por outro lado, foi possível constatar a ocorrência da generalização entre pessoas, somente para P1, que manteve a mesma porcentagem de acertos em 83%, mesmo quando aplicou o procedimento com seu filho em casa. Houve uma notável queda no desempenho de P3 na segunda tentativa, de forma que esta obteve apenas 50% de acerto quando aplicou com seu filho, em casa. Por fim, não foi possível avaliar a ocorrência de G2 para P2, pois, durante todo o

tempo observado, a criança não emitiu o comportamento interferente esperado, mesmo com a participante tendo selecionado um estímulo e adotado comportamentos que usualmente evocariam os comportamentos. Ressalta-se que a condição criada correspondia àquela diante da qual o comportamento interferente para retirada de um item indesejado era emitido com maior frequência, conforme informações fornecidas tanto pela equipe clínica quanto pela família. Diante disso, em conformidade com princípios éticos e com os objetivos da pesquisa, optou-se por não insistir em novas exposições, considerando que não seria possível prever quantas sessões adicionais seriam necessárias até que o comportamento ocorresse, podendo ultrapassar um limite aceitável de exposições. Além disso, o objetivo principal desta fase era avaliar se o aprendizado adquirido no treino seria transferível para uma situação cotidiana, na “vida real”, com seu filho. Logo, a insistência de exposições, poderia criar uma situação não natural no cotidiano da participante com seu filho, comprometendo assim o propósito central desta fase da pesquisa.

Também é possível observar na Figura 2 que, na condição de *Follow up*, a porcentagem de acerto obtida por todas as participantes ficou acima de 85%, tanto em C1 quanto em C2, para todas as participantes, com exceção de P1 que atingiu 100% de acerto na segunda sessão desta condição. É válido mencionar que o desempenho de 100% foi possível pois, pela primeira vez, P1 executou o Passo 1 corretamente (i.e., Suspenda a atenção – não olhe nos olhos da criança e não fale com ela), na medida em que suspendeu a realização de contato visual com seu filho, ao invés de ter suspenso somente as verbalizações nas sessões anteriores.

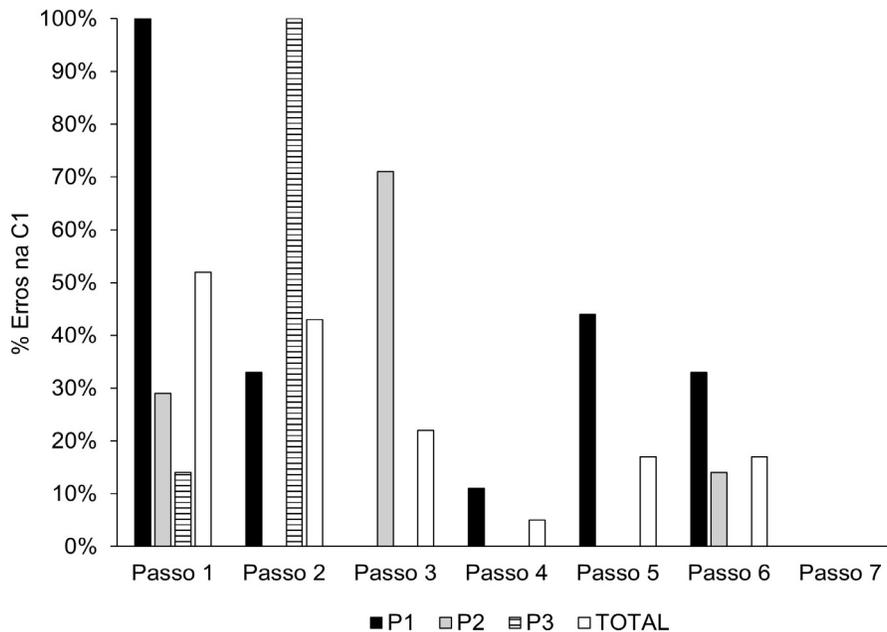


Figura 3. Porcentagem de erros emitidos por P1, P2 e P3 em cada um dos passos requeridos para implementar o procedimento de manejo na Condição 1.

A Figura 3 apresenta a porcentagem de erros emitidas por cada uma das participantes, bem como a porcentagem total de erros emitidos por todas elas, em cada passo requerido para implementar o manejo da Condição 1. É possível observar que a maior porcentagem total dos erros (52%) ocorreu no Passo 1, sendo que P1 errou neste passo em 100% das oportunidades que teve, enquanto P2 e P3 apresentaram 29% e 14%, respectivamente. Embora o Passo 2 (adotar uma postura segura e vigilante) tenha sido o que reuniu a segunda maior porcentagem total de erros (43%), P2 não emitiu nenhum erro nele, enquanto P3 errou em 100% das oportunidades que teve e P2 em 33%. Por outro lado, P2 emitiu 71% de erros no Passo 3 (reter ou recuperar o item), enquanto P1 e P3 não cometeram erros. A menor porcentagem total de erros ocorreu no Passo 4, que se referia ao (bloqueio de comportamentos lesivos), ficando em 5%, sendo que apenas P1 cometeu erro nesse passo. Também é possível observar na Figura 3 que nenhuma das participantes cometeu erros no Passo 7 (entregar o item à criança). Estes resultados indicam que

os maiores desafios estiveram nos passos iniciais, especialmente na suspensão da atenção e na adoção de uma postura vigilante, ao passo que o Passo 7 parece ter sido o mais fácil de ser executado.

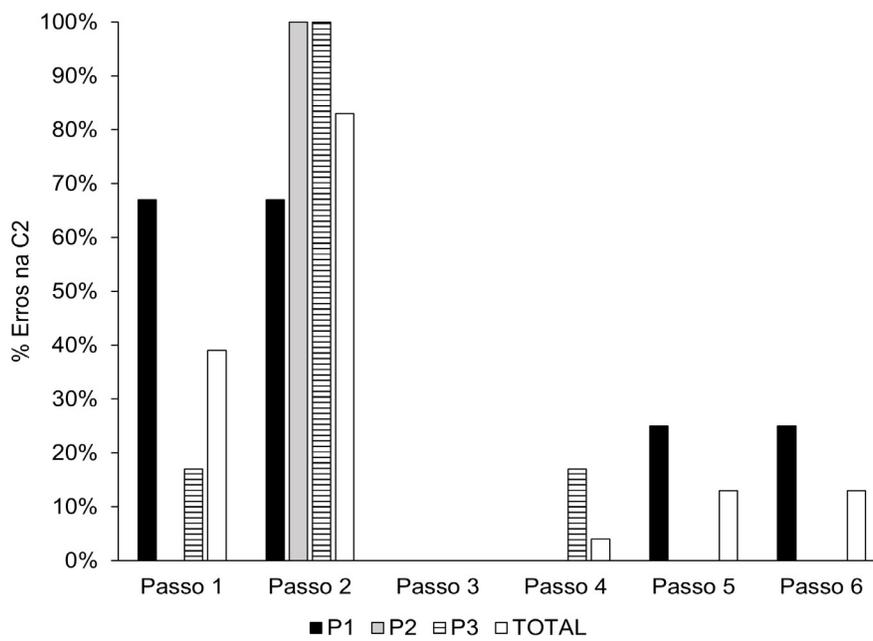


Figura 4. Porcentagem de erros emitidos por P1, P2 e P3 em cada um dos passos requeridos para implementar o procedimento de manejo na Condição 2.

A Figura 4 apresenta a porcentagem de erros emitidas por cada uma das participantes e a porcentagem total de erros emitidos por todas elas, em cada passo requerido para implementar o manejo da Condição 2. É possível observar que, a maior porcentagem total de erros, 83%, ocorreu no Passo 2, sendo que P2 e P3 cometeram erros em 100% das oportunidades, enquanto P1 errou em 67% das tentativas. Assim como na Condição 1, a porcentagem total de erros no Passo 1 (suspender a atenção sem olhar ou falar com a criança), também foi alta, (39%), sendo mais desafiador para P1 (67%), enquanto P3 apresentou 17% de erros e P2 não cometeu erros nessa etapa. O Passo 3 (manter o item no ambiente), foi executado corretamente em todas as oportunidades por todas as participantes (0% de erro). Também se observa na Figura 4 que a

porcentagem total de erros emitidos nos Passos 4, 5 e 6 ficou abaixo de 15% na Condição 2 (i.e., aguardar cinco segundos sem a emissão de interferentes, fornecer ajuda para pedir a retirada do item do ambiente e retirar o item), sendo que P1 e P2 não emitiram nenhum erro no Passo 4 e P2 e P3 também não emitiram erros nos Passos 5 e 6). Esses resultados indicam que, assim como na Condição 1, os dois passos iniciais parecem ter sido mais desafiadores para as participantes, embora o Passo 3 tenha sido executado corretamente em todas as oportunidades na Condição 2. Destaca-se que o Passo 3 é entendido aqui como um dos mais importantes para ensinar a criança a se comunicar de maneira menos prejudicial para todos os envolvidos, pois exige que o item indesejado pela criança seja mantido no ambiente até que ela solicite sua retirada por meio de uma forma alternativa à emissão de comportamentos interferentes.

Por fim, a Tabela 4 mostra o total de escolhas em cada uma das opções de respostas fornecidas às perguntas realizadas no Questionário de Avaliação de Validade Social (Apêndice G). É possível observar que todas as participantes concordam totalmente com as perguntas 1, 2 e 3 indicando que se sentiram confortáveis com os procedimentos de videomodelação instrucional e com as estratégias baseadas em *mindfulness*, além de considerarem que a intervenção para manejo de interferentes tratou de temas relevantes para elas e suas famílias. Também se observa na Tabela 4 que houve duas respostas em “Concordo totalmente” e uma em “Concordo parcialmente” para as perguntas 4, 5, 6, 9, 10 e 11, indicando que todas concordam que as estratégias de *mindfulness* trataram de temas relevantes, que os resultados das intervenções de manejo de interferentes e de *mindfulness* terão efeitos positivos em suas vidas, que recomendariam ambas as estratégias para outras pessoas e que as consequências da intervenção para manejos de interferentes serão duradouras, ainda que uma delas tenha concordado apenas parcialmente, e não totalmente.

Tabela 4. Respostas das Participantes por Item no Questionário de Avaliação de Validade Social

Pergunta	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Neutro	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo totalmente
1. Você se sentiu confortável com os procedimentos usados na intervenção de manejo de comportamentos interferentes?					3
2. Você se sentiu confortável com os procedimentos baseados em Mindfulness/Atenção plena?					3
3. A intervenção de manejo de comportamentos interferentes tratou de temas relevantes para você ou sua família?					3
4. As estratégias baseadas em Mindfulness/Atenção plena utilizadas trataram de temas relevantes para você ou sua família?				1	2
5. Você acha que os resultados da intervenção para manejo de comportamento interferentes terão um efeito positivo na sua vida?				1	2
6. Você acha que os resultados das estratégias baseadas em Mindfulness/Atenção plena terão um efeito positivo na sua vida?				1	2
7. Você acha que os resultados da intervenção para manejo de comportamento interferentes podem ser aplicados em sua vida sem esta intervenção?			1	1	1
8. Você acha que os resultados das estratégias baseadas em Mindfulness/Atenção plena podem ser aplicados em sua vida sem esta intervenção?			1	1	1
9. Você recomendaria a intervenção para manejo de comportamento interferentes?				1	2
10. Você recomendaria as estratégias baseadas em Mindfulness/Atenção plena utilizadas?				1	2
11. Você acredita que as consequências da intervenção para manejo de comportamento interferentes serão duradouras?				1	2
12. Você acredita que as consequências das estratégias baseadas em Mindfulness/Atenção plena serão duradouras?			1	2	

Por outro lado, houve maior variação de respostas às Perguntas 7 e 8, com uma resposta em cada uma das categorias “Neutro”, “Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”. Esses resultados indicam que, ainda que duas das três participantes tenham concordado que tanto os procedimentos de manejo quanto as estratégias de *mindfulness* possam ser aplicadas em suas vidas sem a presença da intervenção proposta durante o estudo, ainda que parcialmente, essa possibilidade não parece ser tão claramente possível para todas as participantes. Por fim, duas das participantes concordaram parcialmente e outra foi neutra em relação a durabilidade das estratégias de *mindfulness* em suas vidas (Pergunta 12).

Em suma, os resultados à avaliação da validade social do estudo indicam que ambos os componentes do treinamento (manejo de comportamentos e estratégias de *mindfulness*) foram avaliados de forma consistente pelas participantes em relação ao conforto, relevância dos conteúdos e recomendação para outras pessoas. Por outro lado, observou-se menor consenso nas percepções em relação à aplicabilidade dos aprendizados sem o suporte da intervenção e à durabilidade dos efeitos das estratégias de *mindfulness*, demonstrando que pode ser necessário maior apoio para que as práticas sejam mantidas ao longo do tempo e sem o auxílio da intervenção.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa investigou efeitos da videomodelação instrucional combinada com práticas de *mindfulness* no estresse e no manejo de comportamentos por cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Mais especificamente se seria eficaz para reduzir o estresse parental e aprimorar o manejo de comportamentos interferentes.

Considerando a necessidade de se desenvolver intervenções baseadas em ABA que enderecem não apenas as demandas das pessoas com o diagnóstico de TEA, mas também procure cuidar de problemas enfrentados pelos cuidadores dessas pessoas, por exemplo, o estresse parental, o principal objetivo do presente estudo foi verificar a eficácia de um programa de ensino, composto

pela combinação de videomodelação instrucional com as estratégias de varredura corporal e meditação focada na respiração, em ensinar mães de crianças com TEA a implementar com integridade procedimentos de manejo de comportamentos interferentes. Também buscou-se investigar se ocorreriam alterações no nível de estresse das mães após a realização do programa de ensino.

Os resultados mostraram um aumento na precisão da implementação das estratégias de manejo de comportamento, sendo que todas as participantes partiram de um desempenho inicial inferior a 20% de acerto e alcançaram porcentagens acima de 80% após a realização do programa de ensino. Também foi demonstrado que o aprendizado ocorreu de forma rápida, requerendo no máximo três apresentações do videomodelo instrucional e oito sessões de *role-play* para uma das participantes, enquanto as outras duas atingiram o critério de aprendizagem com apenas uma exposição ao vídeo e três tentativas de *role play*. Além disso, para todas as participantes, verificou-se a ocorrência de generalização entre ambientes e manutenção da implementação dos procedimentos de manejo de forma íntegra após a passagem de 15 e 30 dias do término da intervenção. Entretanto, só foi possível verificar a ocorrência de generalização entre pessoas e ambientes para uma das duas participantes em que isso foi avaliado. Por fim, houve a diminuição da classificação do nível de estresse das três participantes. Estes resultados indicam que o programa de ensino aqui proposto, que combinou a videomodelação instrucional com estratégias baseadas em *mindfulness*, foi eficaz tanto para ensinar mães de crianças com TEA a implementar estratégias de manejo comportamental com maior precisão, quanto para reduzir os níveis de estresse dessas participantes.

Os achados deste estudo corroboram com os estudos de Barboza et al. (2015, 2019) no que diz respeito à eficácia da videomodelação instrucional no treinamento de cuidadores de crianças

com TEA. A presente pesquisa avança nessa discussão ao demonstrar que instruções dentro do vídeo que apresenta um modelo de comportamento alvo é estratégia eficaz para otimizar a aprendizagem por observação, tal qual hipotetizado por Guimarães et al. (2018). A videomodelação instrucional, ao fornecer instruções escritas e orais claras, juntamente com o modelo das respostas corretas, pode facilitar a aquisição do aprendizado por parte das mães.

Além disso, os resultados mostram que a videomodelação instrucional foi eficaz para aprimorar a precisão dos cuidadores na implementação do manejo dos comportamentos com uma baixa frequência de sessões práticas (role-play). Esse achado dialoga com Borba et al. (2015), que destacam como as intervenções em ABA, por serem intensivas, individualizadas e de longa duração, podem se tornar inacessíveis, especialmente no contexto socioeconômico do Brasil. Nesse sentido, a intervenção investigada neste estudo apresenta-se como uma alternativa promissora, ao possibilitar a capacitação de cuidadores de forma mais econômica, reduzindo a necessidade de longos treinamentos presenciais conduzidos por profissionais especializados. De igual modo, a combinação da videomodelação com práticas de *mindfulness* guiadas por áudio, aproveitando o tempo de espera dos cuidadores durante a terapia dos filhos, pode minimizar a necessidade de mais horas de treinamento profissional, tornando o processo mais acessível.

A redução dos sintomas de estresse observada nas três participantes após a intervenção reforça a literatura que aponta que intervenções baseadas em *mindfulness* podem ser uma ferramenta eficaz para reduzir o sofrimento emocional de cuidadores de crianças com TEA (Neece et al., 2018; Lichtlé et al., 2019). Os resultados estão de acordo também com os apontamentos de Weitlauf et al. (2020), que indicaram que intervenções baseadas em *mindfulness*, quando associadas a programas de capacitação parental, podem melhorar o bem-estar emocional dos cuidadores.

No entanto, diferentemente do *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) tradicional, que envolve um treinamento mais extenso e já utilizado por algumas pesquisas que também visavam promover a diminuição do estresse em familiares de pessoas com TEA (Ferraioli & Harris, 2012; Dykens et al., 2014; Raulston et al., 2019; Weitlauf et al., 2020; Rojas-Torres et al., 2021; Weitlauf et al., 2022) a presente pesquisa optou por utilizar apenas escaneamento corporal e meditação focada na respiração. Essa abordagem simplificada foi escolhida para aumentar a aplicabilidade do programa na rotina dos cuidadores. A demonstração da redução do estresse das mães que participaram no presente estudo, a partir da utilização somente de uma meditação focada na respiração e que praticava o escaneamento corporal, sugere que investigações futuras poderiam investigar qual ou quais componentes específicos do MBSR são críticos para promover a redução de estresse, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais acessíveis e eficientes para esse público.

Apesar dos achados promissores, algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. O tamanho da amostra reduzida, com a participação de apenas três mães, restringe parcialmente a validade externa dos resultados, tornando importante a replicação do estudo com amostras maiores, diferentes faixas etárias e realidades socioeconômicas, além outros comportamentos alvo para confirmar a generalidade dos efeitos observados. Além disso, a ausência de um grupo controle impede a comparação direta dos efeitos isolados de cada componente da intervenção, uma vez que não houve um grupo que recebesse apenas a videomodelação instrucional ou apenas as estratégias baseadas em *mindfulness*. Futuras pesquisas podem se debruçar sobre esta questão.

Outra limitação relevante é a ausência de testes de *Follow-up* do manejo das mães com seus filhos. Recomenda-se que futuros estudos planejem contingências que garantam a a) a avaliação da manutenção do repertório aprendido quando aplicado com os respectivos filhos em

ambiente natural; e b) a oferta de novas oportunidades de treino para participantes que não mantiveram desempenho com altas porcentagens de respostas quando precisaram aplicar nas mesmas condições. Acompanhamentos adicionais podem fornecer dados sobre a manutenção dessa aprendizagem e identificar a necessidade de ajustes para garantir a aplicação contínua das estratégias no cotidiano. Além disso, a inclusão de sessões de treino de generalização com outras pessoas ocupando o papel dos filhos nas sessões de role play, bem como mais alguns ambientes diferentes do treino, permitiriam que os cuidadores conseguissem praticar mais vezes, em diferentes ambientes e com seus filhos.

O fato de uma das crianças não ter emitido o comportamento interferente esperado durante a segunda tentativa da condição de Testes de Generalização 2, levanta questões éticas sobre a necessidade de criar ou provocar situações que envolvam variáveis aversivas (i.e., estabelecer operações motivadoras que estabelecem o valor do reforçador negativo e evoquem resposta que produzam sua retirada), somente para que ocorra a oportunidade de avaliação da generalização do aprendizado do manejo. Embora o estudo tenha respeitado princípios éticos ao não insistir em novas exposições artificiais, futuras pesquisas poderiam explorar métodos alternativos de treino e avaliação da Generalização, como a observação direta da interação entre mães e filhos durante a etapa de recrutamento de participantes e Linha de base, possibilitando uma identificação mais precisa dos estímulos que, no cotidiano, tendem a evocar com maior frequência e probabilidade os comportamentos interferentes.

REFERÊNCIAS

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Jaccard, J. (2013). Disentangling the temporal relationship between parental depressive symptoms and early child behavior problems: A transactional framework. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(1), 78–90.
- Barboza, A. A., Silva, A. J. M., Barros, R. S., & Higbee, T. S. (2015). Efeitos de videomodelação instrucional sobre o desempenho de cuidadores na aplicação de programas de ensino a crianças diagnosticadas com autismo. *Acta Comportamental*, 23(4), 405-421.
- Barboza, A. A., Costa, L. C. B., & Barros, R. D. S. (2019). Instructional videomodeling to teach mothers of children with autism to implement discrete trials: a systematic replication. *Trends in Psychology*, 27(3), 795-804.
<http://doi.org/10.9788/tp2019.3-14>
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 449–461.
<https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-

- analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 46, 449-461.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bonis, S. A., & Sawin, K. J. (2016). Risks and protective factors for stress self-management in parents of children with autism spectrum disorder: An integrated review of the literature. *Journal of pediatric nursing*, 31(6), 567-579.
- Brito, Ariane de, & Faro, André. (2016). Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 64-75. <https://dx.doi.org/10.24879/201600100010048>
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D.W. (2016). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1–14
- Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental health interventions for parent carers of children with autistic spectrum disorder: Practice guidelines from a critical interpretive synthesis (CIS) systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 341.
- Corti, C., Pergolizzi, F., Vanzin, L., Cargasacchi, G., Villa, L., Pozzi, M., & Molteni, M. (2018). Acceptance and commitment therapy-oriented parent-training for parents of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2887-2900.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Ivagnes, S., Monaco, M., & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children

- with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry research*, 242, 121–129.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016>
- Borba, M., Monteiro, P., Barboza, A., Trindade, E., & Barros, R. (2016). EFEITO DE INTERVENÇÃO VIA CUIDADORES SOBRE AQUISIÇÃO DE TATO COM AUTOCLÍTICO EM CRIANÇAS COM TEA. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 11(1). doi:<http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v11i1.3768>
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., & Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), e454–e463. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3164>
- Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A., Wagner, A., & Silva, S. S. da C. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico*, 50(2), e30080. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30080>
- Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative effects of mindfulness and skills based parent training programs for parents of children with autism: feasibility and preliminary outcome data. *Mindfulness*, 4, 89–101.
<https://doi.org/10.1007/s12671-012-0099-0>.
- Ferreira, L. A., Melo, Á. J., & da Silva Barros, R. (2016). Ensino de aplicação de tentativas discretas a cuidadores de crianças diagnosticadas com autismo. *Perspectivas em análise do comportamento*, 7(1), 101-113.<http://dx.doi.org/10.18761/pac.2015.034>.
- Gomes, P. T., Lima, L. H., Bueno, M. K., Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de pediatria*, 91(2), 111–121. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.08.009>

- Govindasamy, P., Amin, A. S., & Subhi, N. (2022). Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction Therapy Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(1), 779-792. DOI:10.6007/IJARBSS/v12-i1/12097
- Grindle C, Kovshoff H, Hastings R, et al. (2009) Parents' experiences of home-based applied behavior analysis programs for young children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39: 42–56.
- Guimarães, M. S. S., Martins, T. E. M., Keuffer, S. I. C. K., Costa, M. R. C., Lobato, J. L., Silva, A. J. M., ... Barros, R. S. (2018). Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(3), 40-53.
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i3.1217>
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(3), 149–160. <https://doi.org/10.1080/1366825021000008657>
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 629–642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169–183.
<https://doi.org/10.1037/a0018555>

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>.
- Lichtlé, J., Downes, N., Engelberg, A. *et al.* The Effects of Parent Training Programs on the Quality of Life and Stress Levels of Parents Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review of the Literature. *Rev J Autism Dev Disord* 7, 242–262 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40489-019-00190-x>
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. (2022). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – Revisado (ISSL-R)*. Editora Nila Press. Disponível em: <https://satepsi.cfp.org.br/testesFavoraveis.cfm>. Acesso em: 01 11 23.
- Malagris, L., & Moxotó, G. (2015). Avaliação de treino de controle de stress para mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 772- 779.
- Merriman, K., Burke, T., & O'Reilly, G. (2020). A systematic review of the effectiveness and efficacy of clinician-led psychological interventions for parents of children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101584. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101584>
- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting Stress

- in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in psychology*, 10, 464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464>
- Neece, C. L., Chan, N., Klein, K., Roberts, L., & Fenning, R. M. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents of Children with Developmental Delays: Understanding the Experiences of Latino Families. *Mindfulness*, 10(6), 1017–1030. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1011-3>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 48–66. doi:10.1352/1944-7558-117.1.48.
- Nicholson, J. S., Deboeck, P. R., Farris, J. R., Boker, S. M., & Borkowski, J. G. (2011). Maternal depressive symptomatology and child behavior: transactional relationship with simultaneous bidirectional coupling. *Developmental Psychology*, 47(5), 1312–1323.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2016). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *BJPsych Advances*, 22(3), 146-146.
- Osborne, L. A., & Reed, P. (2009). The Relationship between Parenting Stress and Behavior Problems of Children with Autistic Spectrum Disorders. *Exceptional Children*, 76(1), 54-73. <https://doi.org/10.1177/001440290907600103>
- Osborne, L.A., McHugh, L., Saunders, J. et al. Parenting Stress Reduces the Effectiveness

- of Early Teaching Interventions for Autistic Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 38, 1092–1103 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0497-7>.
- Pennefather, J., Hieneman, M., Raulston, T. J., & Caraway, N. (2018). Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.006>
- Rash, J. A., Kavanagh, V. A. J., & Garland, S. N. (2019). A Meta-Analysis of Mindfulness-Based Therapies for Insomnia and Sleep Disturbance: Moving Towards Processes of Change. *Sleep medicine clinics*, 14(2), 209–233. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.004>
- Raulston, T. J., Zemantic, P. K., Machalicek, W., Hieneman, M., Kurtz-Nelson, E., Barton, H., Hansen, S. G., & Frantz, R. J. (2019). Effects of a brief mindfulness-infused behavioral parent training for mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.05.001>
- Remington B, Hastings R, Kovshoff H. (2007) Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation* 112(6): 418–438.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of clinical child psychology*, 19(4), 371-379.
- Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., López-Ramón, M. F., & Alcantud-Marín, F. (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Self Compassion

- (SC) Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Trial in Community Services in Spain. *Children*, 8(5), 316- 334.
- Sanada, K., Montero-Marin, J., Alda Díez, M., Salas-Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Morillo, H., Demarzo, M. M., García-Toro, M., & García-Campayo, J. (2016). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Salivary Cortisol in Healthy Adults: A Meta-Analytical Review. *Frontiers in physiology*, 7, 471.
<https://doi.org/10.3389/fphys.2016.00471>
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7), e0219888.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219888>
- Schmidt, Carlo, & Bosa, Cleonice. (2007). Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 179-191. Recuperado em 25 de abril de 2024, de
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., ... & Savage, M. N. (2020). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. *FPG child development institute*.
- Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'elia, L., Arima, S., & Fava, L. (2012). Parent inclusion in early intensive behavior intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-medicated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 688–703.

doi:10.1016/ jridd.2011.11.008

Weitlauf, A. S., Broderick, N., Stainbrook, J. A., Taylor, J. L., Herrington, C. G., Nicholson, A. G., Santulli, M., Dykens, E. M., Juárez, A. P., & Warren, Z. E. (2020). Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents Implementing Early Intervention for Autism: An RCT. *Pediatrics*, 145(Suppl 1), S81–S92. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1895K>.

Weitlauf, A. S., Broderick, N., Alacia Stainbrook, J., Slaughter, J. C., Taylor, J. L., Herrington, C. G., Nicholson, A. G., Santulli, M., Dorris, K., Garrett, L. J., Hopton, M., Kinsman, A., Morton, M., Vogel, A., Dykens, E. M., Pablo Juárez, A., & Warren, Z. E. (2022). A Longitudinal RCT of P-ESDM With and Without Parental Mindfulness Based Stress Reduction: Impact on Child Outcomes. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(12), 5403–5413. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05399-6>

Zadeh, Z. Y., Jenkins, J., & Pepler, D. (2010). A transactional analysis of maternal negativity and child externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 218–228. <https://doi.org/10.1177/0165025409350953>

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada EFEITOS DA VIDEOMODELAÇÃO INSTRUCIONAL E DE ESTRATÉGIAS BASEADAS EM MINDFULNESS NO ESTRESSE E MANEJO DE COMPORTAMENTO POR CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA, sob a responsabilidade de GABRIELA VELOSO GUIMARÃES sob a orientação da Prof^a. Dr^a Cassia Leal da Hora.

JUSTIFICATIVA : Pais de crianças com TEA apresentam níveis de estresse mais elevados em comparação com pais de crianças com desenvolvimento típico e outras condições clínicas. A literatura aponta que há muitos dados sobre treinamento parental focado no comportamento da pessoa com TEA, porém, intervenções dedicadas à saúde mental e ao bem-estar dos pais são muitas vezes negligenciadas. Também destacam a importância do desenvolvimento de intervenções que tenham o estresse parental como foco. Intervenções baseadas em Mindfulness têm demonstrado bons resultados para redução de estresse parental, e Meditação focada na respiração e Varredura Corporal são práticas que frequentemente compõem essas intervenções.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Os objetivos, primário e secundário, do presente estudo estão apresentados a seguir:

Objetivo primário: verificar se um programa de ensino composto pela combinação de videomodelação instrucional com as estratégias de varredura corporal e meditação focada na respiração será eficaz em ensinar mães de pessoas com TEA a implementar com integridade algumas estratégias de manejo de comportamento.

Objetivo secundário: avaliar se, ao longo e após o programa de ensino, ocorrerão alterações no nível de estresse das mães (aumento ou diminuição), mensurado a partir do instrumento denominado de Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – Revisado (ISSL-R);

PROCEDIMENTOS: No primeiro momento, vamos recolher informações sobre como você maneja comportamentos do seu filho(a) quando ele(a) quer obter algo ou retirar algo do ambiente. Depois disso, você participará de um treino para aprender a manejar esses comportamentos. No treino, você assistirá vídeos curtos mostrando como manejar os comportamentos e, em seguida, fará uma dramatização onde poderá treinar as estratégias com uma pessoa que simulará os comportamentos do seu filho(a), e você manejará conforme mostrado nos vídeos. Caso você não consiga atingir um critério de acerto durante estas dramatizações, ao assistir o vídeo, daremos algumas ajudas, como uma folha com orientações escritas do que você deve fazer e informações acerca de seus acertos e erros. Quando acabarmos esta etapa, vamos seguir para um momento que chamamos de generalização. Neste momento, você irá praticar o que aprendeu durante o treino em interação direta com seu filho (a), no momento que você nos contar que esses comportamentos interferentes mais acontecem. Na generalização, as mesmas ajudas dadas no treino também poderão ser oferecidas. Quinze dias após a intervenção, será realizado um acompanhamento para avaliar se seu desempenho continuou efetivo ao longo do tempo. Nessa sessão, uma dramatização será conduzido com você, simulando as mesmas condições do treino. Caso seja necessário, também ofereceremos as ajudas nesse momento. Destacamos que pediremos que você preencha um questionário para avaliar seu nível de

estresse em cinco momentos diferentes.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA : Os procedimentos da pesquisa serão realizados na clínica onde seu filho (a) é atendido (a), exceto na etapa de generalização, que ocorrerá no local e momento onde você nos disser que os comportamentos interferentes ocorrem com maior frequência e probabilidade. Ao longo de todo estudo, cada sessão de coleta de dados terá duração prevista de no mínimo 30 minutos e, no máximo, 1 hora, independente da condição experimental que estiver em vigor. A estimativa da duração total do estudo é de que as participantes realizem entre 5 e 10 sessões no total, a depender de seu desempenho individual. Desta forma, as participantes serão informadas e a previsão de tempo para finalizar a pesquisa é de no mínimo 5 e no máximo 10 horas.

RISCOS E DESCONFORTOS: A participação no estudo pode envolver desconforto emocional ao interferir sobre o manejo de comportamentos interferentes de seus filhos e possível estresse adicional devido ao compromisso com as sessões. Para mitigar esses riscos para você e seu filho, a pesquisadora proporcionará um ambiente de apoio e compreensão. Esse apoio incluirá flexibilidade no agendamento das sessões de coleta, para coincidir com os horários em que você já estaria no local com seu filho, minimizando alterações na rotina e fornecendo a cada participante de um acompanhamento contínuo, com sessões regulares para monitorar seus progressos e fazer ajustes nas intervenções conforme necessário. Quinze dias após o término da intervenção, será realizada uma sessão de acompanhamento para avaliar a eficácia das estratégias aprendidas e fornecer suporte adicional, se necessário.

BENEFÍCIOS: Os possíveis benefícios desta pesquisa incluem a oportunidade de aprender e aplicar técnicas que podem ajudar a reduzir o estresse e melhorar a capacidade de manejar comportamentos interferentes de seu filho (a), bem como contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre intervenções eficazes para cuidadores de pessoas com TEA.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante a pesquisa, você terá um acompanhamento contínuo, com sessões regulares para monitorar seu progresso e fazer ajustes nas intervenções conforme necessário. Quinze dias após o término da intervenção, realizaremos uma sessão de acompanhamento para avaliar a eficácia das estratégias aprendidas e fornecer suporte adicional, se necessário. Os possíveis benefícios esperados deste estudo incluem o aprendizado de novas habilidades para manejar comportamentos de seu filho e a redução do estresse. Após o término da pesquisa, você receberá um resumo dos resultados e recomendações personalizadas para continuar aplicando as técnicas de manejo de comportamentos e práticas baseadas em mindfulness. Caso ocorra qualquer dano resultante da sua participação na pesquisa, garantimos assistência imediata e gratuita. Isso inclui acesso a suporte psicológico ou qualquer outra assistência necessária para tratar e mitigar quaisquer efeitos adversos decorrentes da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE : Os dados serão armazenados em meio eletrônico, em um servidor seguro e criptografado, acessível apenas por senha, sendo esta disponibilizada apenas à pesquisadora e aos membros da equipe diretamente envolvidos no estudo. Serão utilizados softwares que garantem a proteção dos dados, com autenticação de dois fatores e controle de acesso restrito. Os dados serão catalogados de forma anônima, sendo atribuídos códigos alfanuméricos a cada participante para preservar suas identidades. Todos os envolvidos no manuseio dos dados assinarão termos de confidencialidade, reforçando o compromisso com a proteção dos participantes. Os dados serão mantidos armazenados por um período de cinco anos após a conclusão da pesquisa e posteriormente

eliminados de forma segura. Além disso, será assegurado o total sigilo das informações fornecidas pelos participantes, de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 466/2012. As informações serão utilizadas exclusivamente para as finalidades de pesquisa descritas e consentidas pelo participante de pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados anônimos poderão ser mantidos para fins de futuras pesquisas, sempre garantindo que não seja possível identificar os participantes.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: As sessões serão marcadas em momentos que você já estaria na clínica usualmente, para levar seu filho (a), evitando assim, possíveis despesas em virtude da pesquisa. No entanto, caso haja despesa relacionada a participação na pesquisa, como transporte e alimentação, você terá um ressarcimento em até 15 dias após apresentação do comprovante de gasto.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS : Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Gabriela Veloso Guimarães nos telefones (34) 992390588, ou no endereço Rua Professor Francisco Brigagão, 450 – Bloco 6, apartamento 103.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Paliar na Rua Antônio Carlos, 220 - Consolação - São Paulo/SP - CEP 01309- 010 e e-mail: contato@paliar.com.br.

De acordo com a Resolução nº 466/12 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) "toda pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais", deve ser submetida à apreciação e acompanhamento do CEP.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Uberaba, 14 de janeiro de 2025

CPF:

Participante da pesquisa/Responsável legal:

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “EFEITOS DA VIDEOMODELAÇÃO INSTRUCIONAL E DE ESTRATÉGIAS BASEADAS EM MINDFULNESS NO ESTRESSE E MANEJO DE COMPORTAMENTO POR CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TEA”, eu, Gabriela Veloso Guimarães, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

Apêndice B – FOLHA DE REGISTRO 1

Registre as topografias apresentadas pela criança para cada uma das funções descritas:

Mando para obter item	Mando para retirar item

APÊNDICE C - FOLHA DE REGISTRO 2

Em que situação/atividade ocorre o comportamento interferente?	O que seu(ua) filho(a) faz? Como é o comportamento interferente?	Para que você acha que ela(ele) está fazendo isso?
		<p>() para obter alguma coisa que não estava com ela no momento</p> <p>() para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente</p>
		<p>() para obter alguma coisa que não estava com ela no momento</p> <p>() para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente</p>
		<p>() para obter alguma coisa que não estava com ela no momento</p> <p>() para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente</p>

		<input type="checkbox"/> para obter alguma coisa que não estava com ela no momento <input type="checkbox"/> para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente
		<input type="checkbox"/> para obter alguma coisa que não estava com ela no momento <input type="checkbox"/> para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente
		<input type="checkbox"/> para obter alguma coisa que não estava com ela no momento <input type="checkbox"/> para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente
		<input type="checkbox"/> para obter alguma coisa que não estava com ela no momento <input type="checkbox"/> para retirar/interromper alguma

		coisa que a incomoda no ambiente
		<input type="checkbox"/> para obter alguma coisa que não estava com ela no momento <input type="checkbox"/> para retirar/interromper alguma coisa que a incomoda no ambiente

APÊNDICE D – REPRODUÇÃO DO CONTEÚDO DA FOLHA DE RESPOSTAS DO ISSL-R

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP – REVISADO (ISSL-R) – (Lipp, 2022)

Nome: _____

CPF ou Doc Estrangeiro: _____ Brasileiro () Estrangeiro ()

Data de Nascimento: / ____ / ____ Estado de Nascimento: ____

Sexo: F () M ()

Profissão/Ocupação: _____

Escolaridade: Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós Graduação ()

Autorizo o uso sigiloso dos dados para pesquisa: Sim () Não ()

Assinatura: _____

Quadro 1

Assinale os sintomas que tem experimentado nas **últimas 24 horas**:

- () mãos e/ou Pés frios
- () boca seca
- () nó ou dor no estômago
- () aumento de sudorese (muito suor)
- () tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)
- () aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roerunhas ou ponta de caneta
- () diarreia passageira
- () insônia, dificuldade de dormir
- () taquicardia (batimentos acelerados do coração) () respiração ofegante, entrecortada
- () hipertensão súbita e passageira
- () mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite) () aumento súbito de motivação
- () entusiasmo súbito
- () vontade súbita de iniciar novos projetos

Quadro 2

Assinale os sintomas que tem experimentado na **última semana**:

- () problemas com a memória, esquecimentos
- () mal-estar generalizado, sem causa específica
- () formigamento nas extremidades (pés ou mãos)

- sensação de desgaste físico constante
- mudança de apetite
- aparecimento de problemas dermatológicos (pele)
- hipertensão arterial (pressão alta)
- cansaço constante
- aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
- tontura, sensação de estar flutuando
- sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa
- dúvidas quanto a si próprio
- pensamento constante sobre um só assunto
- irritabilidade excessiva
- diminuição da libido (desejo sexual diminuído)

Quadro 3

Assinale os sintomas que tem experimentado no **último mês**:

- diarreias freqüentes
- dificuldades sexuais
- formigamento nas extremidades (mãos e pés)
- insônia
- tiques nervosos
- hipertensão arterial confirmada
- problemas dermatológicos prolongados (pele)
- mudança extrema de apetite
- taquicardia (batimento acelerado do coração)
- tontura frequente
- úlcera
- impossibilidade de trabalhar
- pesadelos
- sensação de incompetência em todas as áreas
- vontade de fugir de tudo
- apatia, vontade de nada fazer, depressão ou raiva prolongada
- cansaço excessivo
- pensamento constante sobre um mesmo assunto
- irritabilidade sem causa aparente
- angústia ou ansiedade diária
- hipersensibilidade emotiva
- perda do senso de humor

Espaço para uso do avaliador (não preencher)

PONTUAÇÃO BRUTA (soma quadro 1 + quadro 2 + quadro 3)	TABELA () Geral () Faixa Etária () Sexo ()Escolaridade	QUARTIL	PERCENTIL	CLASSIFICAÇÃO

APÊNDICE E – INSTRUÇÕES PARA O COMPONENTE 1 – MEDITAÇÃO FOCADA NA RESPIRAÇÃO SEGUIDA DE VARREDURA CORPORAL

00:01 - Início da música de fundo

00:04 - Olá, seja bem-vinda a este momento de meditação.

00:10 - Em instantes, iniciarei algumas orientações.

00:18 Feche os olhos e comece a observar sua respiração.

00:22 - Apenas observe, sem tentar controlá-la.

00:55 - É natural que o pensamento vá para outros lugares.

00:59 - Se isso ocorrer, traga gentilmente sua atenção de volta à sua respiração.

01:38 - Perceba a temperatura do ar entrando e saindo.

02:15 - Repare como o ar enche a sua barriga.

02:49 - Agora perceba como estão seus dedos dos pés, sinta-os.

03:24 - Sinta o peso de suas pernas.

03:58 - Subindo mais um pouco, sinta seus braços, o peso deles, a temperatura.

04:34 - Agora, perceba seus ombros.

05:08 - Vamos levar a atenção ao coração. Perceba como ele está batendo, se está rápido ou devagar.

05:47 - Leve a atenção para o seu pescoço.

06:20 - Lentamente, suba mais um pouco, percebendo o seu rosto.

06:55 - Neste momento, traga a atenção ao seu corpo inteiro, sinta o peso dele.

07:31 - Retorne a atenção à sua respiração, percebendo o seu ritmo, sem tentar controlá-la.

08:05 - Lentamente, comece a mover os dedos das mãos e dos pés. Estique o corpo levemente, se desejar.

08:44 - Quando estiver pronta, abra os olhos, permitindo-se reconectar ao ambiente ao seu redor com tranquilidade.

09:00 - Fim da música de fundo.

APÊNDICE F – TRECHO INTRODUTÓRIO

Cena 1

“Olá, seja bem-vinda a esta etapa do nosso treinamento. A seguir, você assistirá a um vídeo que ilustra uma situação em que a criança apresenta um comportamento interferente e a demonstração de um procedimento de manejo desse comportamento. Vale destacar que, para fins didáticos, os comportamentos apresentados foram encenados por membros da equipe de pesquisa e não representam exatamente a espontaneidade das situações reais e naturais. A encenação no vídeo visa destacar, de maneira clara e objetiva, os passos necessários para manejar os comportamentos descritos. Obrigada por sua atenção e contribuição para esta pesquisa.”

Cena 2

“Neste vídeo, a criança apresentará um comportamento para ter acesso a algo que deseja, mas de maneira inadequada. Pedimos que assista atentamente ao vídeo, que terá poucos segundos de duração, observando as estratégias demonstradas e as instruções que serão descritas. Faça anotações, se precisar. Após a visualização, você terá a oportunidade de colocar em prática o que foi apresentado.”

APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE VALIDADE SOCIAL

Por gentileza, responda às perguntas com base em sua vivência durante a intervenção. Suas respostas são fundamentais para auxiliar na compreensão de como a intervenção foi percebida e o quanto pode ser benéfica ou não. Para responder, você apenas deve marcar um X na opção que você escolher. **Não é necessário você se identificar, suas respostas são anônimas.**

1) Você se sentiu confortável com os procedimentos usados na intervenção de **manejo de comportamentos interferentes**?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

2) Você se sentiu confortável com os procedimentos baseados em **Mindfulness/Atenção plena**?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

3) A intervenção de **manejo de comportamentos** interferentes tratou de temas relevantes para você ou sua família?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4) As estratégias baseadas em **Mindfulness/Atenção plena** utilizadas trataram de temas relevantes para você ou sua família?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5) Você acha que os resultados da **intervenção para manejo de comportamentos interferentes** terão um efeito positivo na sua vida?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6) Você acha que os resultados das estratégias baseadas em **Mindfulness/Atenção plena** terão um efeito positivo na sua vida?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7) Você acha que os resultados da intervenção para **manejo de comportamentos interferentes** podem ser aplicados em sua vida sem esta intervenção?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8) Você acha que os resultados das estratégias baseadas em **Mindfulness/Atenção plena** podem ser aplicados em sua vida sem esta intervenção?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

9) Você recomendaria a intervenção **para manejo de comportamentos interferentes**?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

10) Você recomendaria as estratégias baseadas em A **Mindfulness/Atenção plena** a utilizadas?

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Neutro

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

11) Você acredita que as consequências da intervenção **para manejo de comportamentos interferentes** serão duradouras?

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Neutro

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

12) Você acredita que as consequências das estratégias baseadas em **Mindfulness/Atenção plena** serão duradouras?

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Neutro

Concordo parcialmente

Concordo totalmente