

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

Effects of an intervention focused on parental socialization practices on internalizing problems in childhood.

João Marcos de Oliveira ✉

Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Patrícia Alvarenga ✉✉

Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pós-doutora pela Universidad de Valencia (UV).

RESUMO

Este estudo avaliou a eficácia de uma intervenção com foco nas práticas de socialização com 13 mães e um pai de crianças entre três e seis anos, com perfil internalizante, divididos em dois grupos: intervenção e comparação. O CBCL/1½-5 anos e o CBCL/6-18 anos foram utilizados para avaliar os problemas internalizantes e indicaram somente uma redução significativa nas queixas somáticas do grupo intervenção do pré para o pós-teste. Essa redução pode estar associada aos seguintes fatores: (a) aumento da previsibilidade das contingências da relação pais-criança, diminuindo seu caráter aversivo e levando à extinção respondente das respostas fisiológicas que estariam relacionadas às queixas somáticas; e (b) substituição de práticas superprotetoras e coercitivas por práticas facilitadoras do desenvolvimento socioemocional, que levaria à extinção respondente de respostas fisiológicas ligadas a emoções eliciadas pelas práticas coercitivas e superprotetoras. Discutem-se as limitações da intervenção e de aspectos metodológicos comuns a estudos realizados em contexto clínico.

Palavras-chave: problemas internalizantes; práticas de socialização parentais; intervenção grupal; infância; delineamento quasi-experimental.

✉ joamarcosdeoliveira@gmail.com

✉✉ palvarenga66@gmail.com

ABSTRACT

This study evaluated the efficacy of an intervention focused on socialization practices with 13 mothers and one father of children between three and six years with internalizing profile, divided into two groups: intervention and comparison. The CBCL/1½-5 years and CBCL/6-18 years were used for assess internalizing problems, indicating only a significant reduction in somatic complaints in the intervention group from pre to post-test. This reduction may be associated with the following factors: (a) increase of the predictability of contingencies parent-child relationship, decreasing its aversive character and leading to respondent extinction of physiological responses that are related to somatic complaints and (b) replacement of overprotective and coercive practices by facilitating socioemotional development leading to the extinction of respondent physiological responses related to emotions elicited by coercive practices and overprotection. The limitations of intervention and methodological aspects common in studies conducted in clinical settings are discussed.

Keywords: internalizing problems; parental socialization practices; group intervention; infancy, quasi-experimental design.

Na década de 1960, Achenbach propôs dois agrupamentos de problemas de comportamento em crianças e adolescentes: os problemas internalizantes e os externalizantes. Cada agrupamento é composto por diferentes conjuntos de classes de respostas denominados síndromes (Achenbach, 1966). Atualmente, as síndromes reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas e retraimento constituem os problemas internalizantes para pré-escolares (Achenbach & Rescorla, 2000).

No Brasil, a prevalência de problemas internalizantes pode variar entre 3,6 e 7,6% (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo, & Rohde, 2010; Goodman et al., 2005). Apesar da variação da prevalência, nota-se que as crianças e os adolescentes brasileiros constituem uma população de risco para desenvolvimento de problemas internalizantes e para os potenciais prejuízos futuros associados. Caso um indivíduo apresente indicadores de problemas internalizantes na infância ou na adolescência, há maior probabilidade de ocorrer rejeição ou vitimização por

pares (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, & Telch, 2010), de apresentar déficits no desempenho acadêmico (Liu, Zhou, & Li, 2012) e de desenvolver depressão ou transtornos de ansiedade (Toumbourou, Williams, Letcher, Sanson, & Smart, 2011) em médio e/ou longo prazo.

Partindo da perspectiva analítico-comportamental, a compreensão dos problemas de comportamento, incluindo os problemas internalizantes, envolve os três níveis de variação e seleção do comportamento, conforme descritos por Skinner (2007): a filogênese, a ontogênese e a cultura. Do ponto de vista filogenético, temperamento, enquanto disposição biológica, e características genéticas são fatores relacionados à história genética da espécie que podem interferir no desenvolvimento dos problemas internalizantes. Quando analisados em conjunto, os estudos de Saudino et al. (2008), Schmitz et al. (1995) e Van der Valk et al. (2003) indicam uma forte influência de aspectos genéticos na ocorrência de problemas internalizantes no início da infância, ainda que as síndromes específicas se diferenciem quanto ao impacto deste fator.

O temperamento também pode constituir um conjunto de características inatas que representam a disposição biológica de um indivíduo para agir de determinada maneira frente a diferentes contextos (Rubin, Burgess, & Coplan, 2002). Fox, Henderson, Marshall, Nichols e Ghera (2005) realizaram um levantamento da literatura sobre a inibição comportamental, uma dimensão do temperamento, destacando associações entre a inibição no início da vida e o desenvolvimento de retraimento. Os autores encontraram estudos com dados significativos de continuidade das características de inibição, incluindo o desenvolvimento de padrões de retraimento, tais como hesitação social e comportamento passivo-solitário. No entanto, também relataram estudos em que uma parcela dos participantes classificados como inibidos não desenvolveu padrões de retraimento. Esses achados chamam atenção para a influência de outros fatores no desenvolvimento das síndromes internalizantes.

A investigação de fatores de influência distintos de fatores genéticos e características de temperamento aponta para o fato de que as características de um indivíduo dependem também da sua história de interação com o ambiente, especialmente o ambiente social. Essa história de interação é denominada ontogênese, que é composta por contingências responsáveis pelos repertórios adquiridos por cada indivíduo em sua história de reforçamento (Skinner, 2007). Os pais ou cuidadores representam a parcela mais significativa do ambiente social nas contingências de socialização de crianças pequenas. Esses agentes de socialização utilizam-se de estratégias, denominadas práticas de socialização parentais, para a regulação do comportamento da criança durante o processo de socialização. Os pais, através das práticas, orientam o comportamento infantil a partir de princípios morais, visando ao desenvolvimento de autonomia e de habilidades de resolução de problemas, facilitando a sua futura inserção e funcionamento no grupo social (Alvarenga, Piccinini, Frizzo, Lopes, & Tudge, 2009).

Aprofundando a proposta de investigação das práticas de socialização, Barber (1996) afirma que deveriam ser estudados dois tipos de controle: o controle psicológico e o controle comportamental. O controle psicológico tem o potencial de inibir ou interferir sobre o desenvolvimento psicológico e da autonomia da criança através de interações que envolvem intrusividade, superproteção, controle pessoal excessivo e coerção (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002). Já o controle comportamental se caracteriza pelo manejo do comportamento através do uso de explicação de regras, da consistência das práticas e da responsividade às necessidades da criança (Barber, 1996).

Os controles psicológico e comportamental relacionam-se com os problemas internalizantes de maneiras distintas. No estudo de Galambos, Barker e Almeida (2003), examinou-se a influência de práticas parentais de suporte, controle comportamental e controle psicológico nas trajetórias de problemas internalizantes e externalizantes no início da adolescência em um desenho longitudinal. O controle comportamental foi um preditor significativo dos níveis iniciais de problemas internalizantes, de modo que o relato parental de uso consistente de controle comportamental esteve associado a menores níveis de problemas internalizantes dos adolescentes. A ausência de correlação com o controle psicológico, por outro lado, foi destacada pelos autores como um achado que contraria a literatura e que pode ter decorrido de inadequações no instrumento.

De fato, o controle psicológico é relatado pela literatura como associado tanto a problemas internalizantes, quanto às síndromes internalizantes. No entanto, as relações entre os problemas internalizantes, as síndromes e as práticas de socialização podem se estabelecer através de distintas relações de moderação. Por exemplo, El-Sheikh, Hinnant, Kelly e Erath (2010) examinaram status socioeconômico, duração do sono e eficiência do sono enquanto moderadores na relação entre controle psicológico materno e

vulnerabilidade infantil para sintomas internalizantes. Os resultados mostraram que o controle psicológico esteve mais consistentemente correlacionado com sintomas internalizantes quando as crianças apresentavam distúrbios do sono e/ou baixo status socioeconômico. Em oposição, não foi encontrada correlação para crianças sem distúrbios do sono e com maiores status socioeconômicos.

A alta frequência dos dois tipos de controle, em conjunto, também se relacionam com o desenvolvimento de problemas internalizantes. Por exemplo, a associação entre controle psicológico e retraimento foi tratada pelo estudo de Rubin e Coplan (2004), que afirmam que práticas de socialização parentais excessivamente controladoras tendem a suprimir a ação das crianças, reduzindo sua variabilidade comportamental e desencorajando a autonomia.

Aparentemente, as práticas de socialização apontadas por esses estudos propiciam contextos de pouca oportunidade de produção de reforçamento positivo pelas próprias crianças, além de alta frequência de consequências aversivas quando a criança expressa sua vontade ou necessidade. Dessa forma, as crianças têm poucas oportunidades de desenvolver um repertório de habilidades sociais e de resolução de problema e tendem a evitar a aproximação tanto dos pais, quanto dos pares. Cabe destacar o caráter de interação mútua entre pais e crianças, de maneira que, com práticas parentais coercitivas e intrusivas, as crianças não desenvolveriam habilidades de resolução de problemas, não apresentando recursos comportamentais para se contrapor às tentativas dos pais de reduzir sua autonomia. Ao mesmo tempo, os pais podem tomar iniciativa e resolver problemas no lugar da criança diante do seu repertório escasso (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006).

Por fim, de acordo com o modelo de seleção por consequências, o contexto cultural também deve ser considerado. Assim, com as diferenças de valores e costumes, cada grupo cultural pode interpretar os problemas internalizantes e suas síndromes tanto como déficit de habilidades sociais, quanto como uma demonstração de competência social (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009; Rubin & Coplan, 2004).

Dessa forma, a tendência de certos padrões de resposta serem reforçados ou não também depende das regras e práticas sociais reforçadas pela comunidade verbal na qual a família está inserida. Dessa forma, para compreender o fenômeno dos problemas internalizantes de maneira ampla, devem ser considerados os domínios da filogênese, ontogênese e cultura, em sua interação contínua. Contudo, o presente estudo tem como foco de análise o papel das práticas de socialização utilizadas pelos pais no desenvolvimento dos problemas internalizantes enquanto uma das alternativas de intervenção que permitem o favorecimento do desenvolvimento socioemocional infantil.

Percebe-se que intervenções com pais têm relevância, em geral, porque os cuidadores detêm o poder sobre a liberação dos principais reforçadores aos quais a criança é suscetível no início da vida (Coelho & Murta, 2007). Além disso, quanto mais jovem a criança, maior a diferença de poder em relação aos pais (Hoffman, 1975). Assim, uma intervenção exclusiva com a criança pode resultar em fracasso no ambiente natural, principalmente o doméstico, se os pais não estiverem conscientes do seu papel e preparados para promover a autonomia e, de modo mais geral, o desenvolvimento socioemocional da criança.

Existem diferentes evidências quanto à adequação de intervenção com pais para a redução de escores de problemas internalizantes. Cartwright-Hatton, McNally, White e Verduyn (2005) esclarecem que no treinamento de habilidades parentais, os pais são ensinados sobre maneiras de interagir, reforçando positivamente e de forma consistente comportamentos considerados adequados dos filhos, estabelecendo limites razoáveis e formas de manejo através de extinção e consequências aversivas leves. As autoras implementaram, sem quaisquer adaptações, um programa

elaborado originalmente para pais de crianças com problemas externalizantes. Os resultados indicaram redução dos problemas internalizantes sem mudanças significativas nos seis meses posteriores.

Bauermeister et al. (2006) realizaram um estudo internacional, incluindo o Brasil, descrevendo o processo utilizado para elaborar manuais de tratamento para problemas externalizantes e internalizantes de crianças e adolescentes. Para problemas internalizantes, foram previstas sessões cognitivo-comportamentais para crianças e psicoeducação com pais e crianças. As sessões de psicoeducação envolveram aspectos sobre ansiedade e depressão em crianças, parentalidade positiva, estratégias de enfrentamento para crianças, reconhecimento e descrição de emoções. Por fim, relataram que a avaliação e o retorno das equipes que utilizaram os manuais indicam a adequação do tratamento, tanto para internalizantes como para externalizantes.

As propostas de Compas et al. (2009) e Compas et al. (2011) discutiram uma intervenção com os mesmos participantes em momentos distintos: aos dois, seis, 12, 18 e 24 meses após o início da intervenção. Ambas as pesquisas testaram a eficácia de uma intervenção abordando aspectos sobre o transtorno depressivo e práticas de socialização, tais como reconhecimento, envolvimento parental e reforçamento positivo contingente a comportamentos adequados. O grupo intervenção foi composto por pais com depressão atual ou anterior e seus filhos na faixa dos nove aos 15 anos e foi comparado a um grupo ao qual foi entregue material escrito sobre depressão e seus efeitos na família. Foram identificadas diferenças significativas entre os grupos com reduções nos sintomas depressivos, da síndrome ansiedade/depressão e dos problemas internalizantes das crianças e adolescentes no grupo intervenção. As reduções foram observadas, no mínimo, 12 meses após a intervenção. Sugere-se que alguns efeitos

da intervenção fortaleçam-se ao longo do tempo, possivelmente por ter decorrido um período suficiente para que as práticas e habilidades aprendidas pelos pais e filhos se consolidassem.

No contexto brasileiro, Coelho e Murta (2007) apresentam uma intervenção grupal que avaliou os efeitos do treinamento de práticas parentais positivas, habilidades sociais educativas e estratégias de enfrentamento de estressores externos, com pais de crianças com diferentes queixas, incluindo problemas internalizantes. Esse programa foi realizado em paralelo ao treinamento de habilidades sociais com as crianças. Os resultados mostraram redução na frequência de práticas parentais como punição física e humor instável e aumento na frequência de práticas como a monitoria positiva e o oferecimento de modelo moral. Quanto às crianças, os escores reduziram para ou se mantiveram não-clínicos, tanto para problemas internalizantes, quanto para externalizantes. Em outra proposta envolvendo pais de crianças com diferentes queixas, Bolsoni-Silva, Carrara e Marturano (2008) desenvolveram um programa de intervenção em grupo para mães e pais composto por 20 sessões, abordando habilidades sociais educativas, tais como comunicação, expressão de sentimentos e opiniões e estabelecimento de limites. Apesar de as crianças apresentarem baixos escores de problemas internalizantes, com a promoção das habilidades sociais parentais, os sintomas de retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão tiveram uma tendência à redução. Contudo, não foram encontradas intervenções brasileiras voltadas exclusivamente para práticas de pais de crianças com problemas internalizantes.

Pesquisas brasileiras direcionadas aos problemas internalizantes são necessárias, considerando a prevalência desses problemas (Anselmi et al., 2010; Goodman et al., 2005) e suas consequências (Liu et al., 2012; Reijntjes et al., 2010; Toumbourou et al., 2011). Além disso, in-

tervenções grupais e de baixo custo, alcançam um maior contingente de famílias, e podem ser adotadas em caráter preventivo em escolas e serviços de atendimento psicológico, para minimizar problemas futuros que tendem a se desenvolver como consequência dos problemas internalizantes, como transtornos de humor e de ansiedade.

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma intervenção grupal breve, direcionada às práticas de socialização parentais, sobre os problemas internalizantes na infância. A hipótese principal foi a de que, no grupo intervenção, os escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes no pós-teste seriam inferiores quando comparados aos escores de problemas internalizantes no pré-teste. Além disso, esperava-se que os escores de problemas internalizantes e de suas síndromes fossem mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste.

MÉTODO

Delineamento

Este é um estudo de delineamento quasi-experimental com grupo comparação não equivalente, com pré e pós-teste. Foram formados dois grupos: intervenção e comparação. O grupo intervenção participou de uma intervenção grupal, enquanto o grupo comparação não recebeu qualquer tipo de tratamento.

Participantes

Participaram do estudo 13 mães e um pai de 14 crianças entre três e seis anos. Os participantes eram pais de crianças matriculadas em três diferentes escolas de Salvador e compunham, inicialmente, uma amostra de 104 famílias recrutadas para o estudo de Lins (2013), realizado em colaboração com a presente pesquisa.

O grupo intervenção foi composto por um pai e seis mães com idades entre 29 e 45 anos ($M=35,71$, $DP=6,37$) e 11

anos de escolaridade em média ($M=11,14$, $DP=0,90$). Apenas três participantes deste grupo exerciam atividade remunerada, e todas as famílias tinham renda mensal de até quatro salários mínimos. A média de idade do filho que motivou a participação na pesquisa foi de quatro anos ($M=4,29$, $DP=0,48$) e quatro das sete crianças eram do sexo feminino. Os pais e as crianças conviviam em residências com três moradores em média ($M=3,14$, $DP=0,69$), tendo, no máximo, mais um filho. Apenas um dos participantes não convivia com o outro genitor. O perfil do genitor não participante foi: idade média de 36 anos ($M=36,86$, $DP=8,11$) e 11 anos de escolaridade ($M=11,57$, $DP=1,51$). O grupo comparação foi composto por sete mães com idades entre 22 e 34 anos ($M=29,43$, $DP=4,39$), com nove anos de escolaridade em média ($M=9,29$, $DP=2,50$). Cinco participantes deste grupo exerciam atividade remunerada. Quanto à renda familiar, somente duas famílias possuíam renda mensal entre quatro e seis salários mínimos. Dos filhos, quatro eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com média de idade de quatro anos ($M=4,29$, $DP=0,95$). Pais e crianças conviviam em residências ocupadas por três a sete moradores ($M=4,57$, $DP=1,51$), tendo também, no máximo, mais um filho. Dessas famílias, três não eram compostas pelo outro genitor da criança. O perfil do genitor não participante foi: média de idade de 33 anos ($M=32,86$, $DP=5,70$) e 10 anos de escolaridade em média ($M=10,43$, $DP=3,36$).

Conforme a Tabela 1, ao se comparar as variáveis socio-demográficas dos dois grupos, não foram encontradas diferenças significativas quanto a: exercício de atividade remunerada do genitor participante ($p=0,59$), presença de ambos os pais no domicílio ($p=0,56$), sexo da criança ($p=1,00$), idade do genitor participante ($p=0,06$), idade do outro genitor ($p=0,40$), idade da criança ($p=0,78$), escolaridade do participante ($p=0,06$), escolaridade do outro genitor ($p=0,38$), número de irmãos ($p=1,00$) e renda familiar ($p=0,46$). Foi encontrada diferença significativa (p

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos das Famílias dos Grupos Intervenção e Comparação

Variáveis	N	Grupo	
		Intervenção	Comparação
Atividade remunerada do participante			
Possui	8	3 (43%)	5 (71%)
Não possui	6	4 (57%)	2 (29%)
		$p = 0,59$	
Ambos os pais morando com a criança			
Sim	10	6 (88%)	4 (57%)
Não	4	1 (12%)	3 (43%)
		$p = 0,56$	
Sexo da criança			
Feminino	8	4 (57%)	4 (57%)
Masculino	6	3 (43%)	3 (43%)
		$p = 1,00$	
Renda familiar em salários mínimos			
Até quatro	12	7 (100%)	5 (71%)
Acima de quatro	2	0	2 (29%)
		$p = 0,46$	
Idade do genitor participante (anos)		M=35,71 (DP=6,37)	M=29,43 (DP=4,39)
		$U = 38,00 / p = 0,06$	
Escolaridade do genitor participante (anos)		M=11,14 (DP=0,90)	M=9,29 (DP=2,50)
		$U = 39,00 / p = 0,06$	
Idade do outro genitor (anos)		M=36,86 (DP=8,11)	M=32,86 (DP=5,70)
		$U = 46,00 / p = 0,40$	
Escolaridade do outro genitor (anos)		M=11,57 (DP=1,51)	M=10,43 (DP=3,36)
		$U = 47,00 / p = 0,38$	
Moradores na residência		M=3,14 (DP=0,69)	M=4,57 (DP=1,51)
		$U = 38,00 / p = 0,051$	
Idade da criança (anos)		M=4,29 (DP=0,48)	M=4,29 (DP=0,95)
		$U = 50,50 / p = 0,78$	
Número de irmãos		M=0,43 (DP=0,54)	M=0,43 (DP=0,54)
		$U = 52,50 / p = 1,00$	

= 0,051) no número de moradores, tendo o grupo comparação a maior média (M=4,57, DP=1,51).

Procedimentos

Inicialmente, foram contatadas escolas de Educação Infantil da rede particular em Salvador. Aquelas que manifestaram interesse em acolher o projeto assinaram

um termo de compromisso garantindo o espaço para a realização do programa de intervenção em suas dependências, durante o período proposto. Após a anuência da escola, todos os pais e mães das crianças entre três e cinco anos de idade receberam convites para a participação no pré-teste com orientações sobre como participar.

Os pais interessados na pesquisa, durante o pré-teste, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do pré-teste e responderam à Ficha de Dados Sociodemográficos e ao CBCL aplicados em formato de entrevistas individuais. O convite para a intervenção foi realizado para todos os participantes do pré-teste em uma reunião ou por contato telefônico. Aos participantes da intervenção, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente à intervenção e ao pós-teste.

O Grupo de Práticas Parentais (GPP) foi conduzido pelo primeiro autor com supervisão da segunda autora, em três escolas. Em uma das escolas, foram realizadas 12 sessões de frequência semanal divididas em duas fases, enquanto nas demais o número de sessões foi reduzido para oito, com o intuito de seguir o calendário escolar. No entanto, os conteúdos e as atividades foram os mesmos, reduzindo-se apenas o tempo para discussão e condução das atividades. Foram utilizadas as seguintes estratégias nas sessões: observação e registro de comportamento, análise de contingências, ensaio comportamental, oferecimento de modelos, dinâmicas de grupo e tarefas de casa.

A Fase 1 focalizou-se em princípios da análise do comportamento e habilidades sociais e as sessões foram distribuídas da seguinte maneira: (1) apresentação do grupo, do contrato e noção de comportamentos bons e preocupantes; (2) comunicação: empatia, expressão de sentimentos, críticas, reconhecimento de erros e pedidos de desculpas; (3) comunicação: conversas e opiniões e (4) bons comportamentos e comportamentos preocupantes das crianças: a importância do reforço positivo. Na Fase 2, foram abordadas as práticas de socialização parentais. As sessões foram: (5) práticas intrusivas; (6) práticas indutivas, controle assertivo e consistência das práticas; (7) monitoramento da criança, responsividade e flexibilidade e (8) incentivo à resolução de problemas e incentivo à autonomia da criança.

Este programa de intervenção foi elaborado com base nas propostas de Bolsoni-Silva et al. (2008), de Coelho e Murta (2007) e em estudos que investigam relações entre problemas internalizantes e as práticas parentais (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002; Cartwright-Hatton et al., 2005; Hane et al., 2008; Hoffman, 1975).

Com o objetivo de evitar dilemas éticos ligados à privação de benefícios aos participantes do grupo controle, optou-se pelo delineamento quase-experimental, envolvendo um grupo comparação não equivalente. Assim, o grupo comparação foi composto apenas após o final da intervenção, mediante novo contato e convite aos pais que optaram por não participar do programa de intervenção. Para a composição do grupo comparação, os participantes foram convidados após o equiparamento com os participantes do grupo intervenção a partir das variáveis: sexo, idade e problemas internalizantes da criança. Porém, não foi possível uma equiparação total, como pode ser constatado na Tabela 2. Um mês após a última sessão, o pós-teste foi realizado por duas pesquisadoras que não participaram das atividades do GPP. No pós-teste, foram utilizados os mesmos instrumentos do pré-teste. Por fim, realizou-se uma palestra para a devolução dos resultados, cujo convite foi estendido aos participantes de todas as etapas do projeto, em todas as escolas envolvidas. Os procedimentos e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram elaborados de acordo com a Resolução nº 196/96 do CNS. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA conforme parecer nº 008-12/CEP-ISC.

INSTRUMENTOS

Ficha de dados sociodemográficos.

Elaborada para o levantamento dos dados sociodemográficos dos pais e da criança, como idade, sexo, escolaridade, atividade laboral e renda familiar.

Tabela 2 - Emparelhamento Caso-a-Caso entre o Grupo Intervenção e o Comparação de Acordo com as Variáveis Sexo, Idade e Escores em Problemas Internalizantes das Crianças

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

Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL/1½-5 anos – Achenbach & Rescorla, 2000).

É um inventário de autorrelato que avalia problemas de comportamento, composto por 100 itens que devem ser respondidos em uma escala de três pontos numerada de zero a dois: (0) não é verdadeira, (1) um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira e (2) muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. O inventário é composto pelas síndromes: reatividade emocional, ansiedade/depres-

são, queixas somáticas, retraimento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo. As síndromes podem ser organizadas nos agrupamentos de problemas internalizantes e problemas externalizantes. Os escores podem ser divididos em não-clínico (zero a 64), limítrofe (65 a 69) e clínico (a partir de 70) para as síndromes, e em não-clínico (zero a 59), limítrofe (60 a 63) e clínico (a partir de 64) para as escalas. Para o presente estudo, foram considerados apenas os escores das crianças na escala de problemas internalizantes e nas quatro

síndromes que a compõem (reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas e retraimento). A versão brasileira do CBCL/1 ½-5 foi traduzida por Silveiras, Rocha e Linhares (2010).

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

Possui 113 itens e tanto as respostas aos itens quanto os pontos de corte para os escores das síndromes e das escalas obedecem ao mesmo padrão do CBCL/1½-5. A versão brasileira do CBCL/6-18 foi traduzida por Bordin, Silveiras, Rocha, Teixeira e Paula (2010). É composto por oito síndromes: ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento transgressor e comportamento agressivo. As síndromes que compõem os problemas internalizantes são as três primeiras. Para o presente estudo, foram consideradas apenas a escala de problemas internalizantes e as síndromes ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas.

Procedimento de análise de dados

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

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas seções. A primeira relata as mudanças nos escores de problemas internalizantes nos grupos intervenção e comparação do pré-teste para o pós-teste. A segunda apresenta as diferenças entre os grupos no pós-teste.

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

Utilizou-se o Teste Wilcoxon para avaliar as diferenças nos escores de problemas e síndromes internalizantes dos grupos intervenção e comparação no pré e no pós-teste. A Tabela 3 apresenta as médias, os desvios-padrão e as medianas dos escores de problemas e das síndromes internalizantes dos grupos intervenção e comparação no pré e no pós-teste. No grupo intervenção, não foram identificadas diferenças significativas para a escala de problemas internalizantes ($p=0,22$) e para as síndromes reatividade emocional ($p=0,50$), ansiedade/depressão ($p=0,53$) e retraimento ($p=0,56$). Somente a síndrome queixas somáticas apresentou diferença significativa entre os dois períodos avaliados ($p<0,01$), com menores escores no pós-teste. No pré-teste, os escores de queixas somáticas tiveram uma média de 65,14 (DP=5,37, Md=65,00) com redução para média de 59,86 (DP=7,36, Md=58,00) no pós-teste.

Como pode ser verificado na Tabela 3, para o grupo comparação, não foram identificadas diferenças significativas tanto para a escala de problemas internalizantes ($p=0,09$) quanto para as síndromes reatividade emocional ($p=0,19$), ansiedade/depressão ($p=0,12$), queixas somáticas ($p=0,20$) e retraimento ($p=0,16$).

Diferenças entre os grupos intervenção e comparação no pós-teste

Os escores de problemas internalizantes e das suas síndromes nos grupos intervenção e comparação na fase de pós-teste foram examinados com o Teste Mann-Whitney para verificar eventuais diferenças. A Tabela 4 apresenta médias, medianas e desvios-padrão dos escores da escala de problemas internalizantes do grupo intervenção e do grupo comparação e os valores de U e p para o Teste Mann-Whitney. A comparação dos escores no pós-teste entre os grupos, revela ausência de diferenças significativas en-

Tabela 3 - Teste de Wilcoxon com os Valores Pré e Pós-Teste do Grupo Intervenção e do Grupo Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes

Grupo Intervenção						
	Pré-teste M (DP)	Pré-teste (Md)	Pós-teste M (DP)	Pós-teste (Md)	Z	p
Problemas internalizantes	64,43 (2,70)	65,00	61,71 (7,61)	62,00	-0,94	0,22
Reatividade emocional	59,57 (5,94)	62,00	59,20 (6,87)	59,00	-0,18	0,50
Ansiedade/depressão	62,57 (3,91)	63,00	63,43 (8,28)	63,00	0,00	0,53
Queixas somáticas	65,14 (5,37)	65,00	59,86 (7,36)	58,00	-2,37	<0,01
Retraimento	59,00 (5,51)	56,00	59,00 (7,79)	56,00	0,00	0,56
Grupo Comparação						
Problemas internalizantes	63,29 (2,06)	64,00	59,43 (5,35)	60,00	-1,53	0,09
Reatividade emocional	59,86 (4,71)	62,00	58,14 (6,79)	62,00	-0,95	0,19
Ansiedade/depressão	61,71 (2,75)	63,00	59,00 (5,48)	59,00	-1,60	0,12
Queixas somáticas	63,00 (7,39)	65,00	59,43 (3,91)	58,00	-0,93	0,20
Retraimento	58,00 (3,42)	56,00	55,71 (6,23)	51,00	-1,02	0,16

tre os grupos, tanto na escala de problemas internalizantes ($p=0,54$), quanto em suas síndromes componentes, reatividade emocional ($p=1,00$), ansiedade/depressão ($p=0,80$), queixas somáticas ($p=0,80$) e retraimento ($p=0,90$).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o efeito de uma intervenção grupal, direcionada às práticas de socialização parentais, sobre os problemas internalizantes na infância. A hipótese de que os escores de problemas internalizantes e de suas respectivas síndromes no pós-teste seriam inferiores, quando comparados aos escores de problemas internalizantes no pré-teste no grupo intervenção, recebeu pouco apoio dos dados. Os resultados revelaram que houve apenas uma redução nos escores do grupo intervenção do pré para o pós-teste, na síndrome queixas somáticas. Duas hipóteses explicativas foram elaboradas para a redução das queixas

somáticas: (a) aumento da previsibilidade das contingências da relação pais-criança e (b) substituição de práticas superprotetoras e coercitivas por práticas facilitadoras do desenvolvimento socioemocional.

Skinner (2003) afirma que algumas respostas emocionais podem prejudicar a saúde do indivíduo. Entretanto, discorda da postura de atribuir valor causal a eventos privados como medo e ansiedade para a ocorrência de sintomas somáticos. Defende também que eventos privados, como a ativação prolongada de respostas de glândulas e músculos podem levar a distúrbios físicos. Faltariam, nessa explicação, as variáveis da história ambiental do indivíduo das quais o efeito somático seria função. Por exemplo, Bhatia e Tandon (2005) identificaram efeitos do estresse – enquanto uma ameaça aguda ao equilíbrio do organismo – sobre o trato gastrointestinal, facilitando o desenvolvimento de transtornos gastrointestinais como alterações no funcio-

Tabela 4 - Teste Mann-Whitney entre os Grupos Intervenção e Comparação para a Escala Problemas Internalizantes e suas Respectivas Síndromes para o Pós-Teste

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

namento do intestino, inflamação intestinal, úlcera péptica e refluxo gastroesofágico. No caso do presente estudo, as queixas somáticas apresentadas pelas crianças poderiam estar associadas a contextos aversivos provocados por práticas coercitivas, superprotetoras ou intrusivas, ou ainda pela inconsistência nas práticas que configurariam certo nível de imprevisibilidade. Nesse sentido, a possível ampliação do repertório de práticas de socialização e de habilidades sociais dos pais proporcionada pela intervenção pode ter amenizado o caráter aversivo e imprevisível da interação pais-filhos, reduzindo as ameaças ao equilíbrio do organismo e, por consequência, interrompendo mecanismos fisiológicos que induziriam os sintomas somáticos.

Além dos processos fisiológicos citados, o mecanismo de condicionamento reflexo é apontado como um fenômeno relevante para a compreensão das queixas somáticas (Overmier, 2002; Silva, 1981). Quando as crianças são expostas a estímulos incondicionados ou condicionados (e.g., críticas, ameaças e punição física), o contexto imediato adquire propriedades eliciadoras condicionadas. Nesse sentido, os próprios familiares ou os cômodos da casa, por exemplo, podem eliciar respostas reflexas associadas a queixas somáticas, como dores no estômago

ou outros tipos de mal estar. Associadas a tais respostas reflexas, estão respostas operantes de fuga-esquiva. Isto é, no ambiente doméstico e/ou na presença dos pais ou cuidadores, por exemplo, tornam-se mais prováveis as verbalizações relativas a queixas somáticas, o que, por sua vez, provavelmente teria a função de interromper ou adiar interações que envolvem críticas, ameaças ou castigo físico impostos pelos pais. Nessas interações, três variáveis são importantes para a compreensão da presença de queixas somáticas: previsibilidade, controlabilidade e atividade do organismo (Silva, 1981). Quanto menores a previsibilidade e o controle, maior a frequência de queixas somáticas e quanto maior a atividade do organismo, maior a frequência de queixas somáticas (Silva, 1981). Assim, as queixas somáticas parecem ser também um produto de condicionamento reflexo e sua ocorrência parece variar nos espectros de previsibilidade e controlabilidade, podendo ser acompanhadas por relatos de ansiedade e depressão (dimensões operantes desse tipo de padrão comportamental). Antes da intervenção, os participantes poderiam estabelecer contextos de controle aversivo com seus filhos, com práticas educativas pouco consistentes (baixa previsibilidade) e com pouca chance de as crianças evitarem a ocorrência de estimulação aversiva (baixa controlabilidade).

de). Após a intervenção, o aumento da frequência de práticas indutivas e de controle assertivo e a ampliação das habilidades sociais dos pais podem ter aumentado o controle das crianças sobre a estimulação aversiva, ou mesmo reduzido notavelmente o caráter aversivo da interação pais-filhos. No entanto, o fato de que as mudanças nas práticas ainda eram muito recentes no momento do pós-teste pode explicar o caráter ainda incipiente das práticas facilitadoras do desenvolvimento socioemocional no repertório dos pais, assim como a ausência de efeitos perceptíveis sobre comportamentos operantes das crianças. Nesse contexto, os pais precisariam de mais tempo de ação das novas práticas para que os comportamentos operantes das crianças fossem modificados a ponto de gerarem mudanças nos seus escores do CBCL. Esse aspecto indica a necessidade de avaliações de seguimento e levanta a possibilidade de que fossem necessárias mais sessões para que o programa de intervenção cumprisse plenamente seus objetivos.

O padrão de queixas somáticas também pode ter sido alterado após mudanças nas práticas de superproteção. Eminson (2007) relata que mães superprotetoras tendem a ser mais vigilantes quanto a sinais de problemas de saúde nos filhos e a providenciar cuidados mais prontamente. Dentre esses cuidados, podem ocorrer maior presença e disponibilidade, assim como a redução de conflitos familiares e a evitação de atividades aversivas como obrigações domésticas que a criança costuma evitar. Nesse sentido, as queixas somáticas e seu relato podem ser mantidos através de reforçamento negativo e positivo. Uma vez que o GPP valorizou o envolvimento parental positivo e outras práticas para estimular a autonomia e a ampliação do repertório socioemocional da criança, as queixas somáticas podem ter dado lugar a classes de respostas socialmente mais adequadas e, conseqüentemente, a padrões mais funcionais de interação, incluindo o reforçamento positivo, que levariam a menor ativação emocional na criança. Outra hipótese para a redução das queixas somáticas tem

respaldo nas pesquisas de Hughes, Lourea-Waddell e Kendall (2008) e Reigada et al. (2008) que demonstram associação entre queixas somáticas e ansiedade. No estudo de Hughes et al. (2008), o objetivo foi examinar queixas somáticas em crianças com transtornos ansiosos comparadas com crianças não-ansiosas e se as queixas somáticas seriam preditores de déficit em desempenho acadêmico. Esses autores constataram que crianças com diagnóstico de transtornos ansiosos relataram mais frequentemente queixas somáticas em comparação com as crianças sem quadros de ansiedade.

Nessa mesma perspectiva, Reigada et al. (2008) listaram artigos que encontraram correlações fortes entre queixas somáticas e transtornos ansiosos, de forma que a maioria das pessoas com relatos de queixas somáticas poderia ser diagnosticada com ansiedade ou com depressão. Para os autores de ambos os estudos, as queixas somáticas são componentes ou características predominantes dos transtornos ansiosos. Reigada et al. (2008) afirmam que as queixas somáticas podem ser mantidas através de reforçamento negativo, facilitando a esquiva de situações ansiogênicas. Como ansiedade/depressão e queixas somáticas têm associação entre si e estão relacionadas às práticas de socialização parentais (Hane et al., 2008; Hughes et al., 2008; Reigada et al., 2008), é possível que as queixas somáticas constituam componentes fisiológicos de perfis de ansiedade e depressão, ou de modo mais geral, do perfil internalizante, e que sejam mais sensíveis em curto prazo às mudanças sobre as práticas parentais. Por outro lado, os sintomas de ansiedade/depressão, poderiam ser componentes mais complexos, envolvendo respostas operantes, que necessitariam de um maior intervalo de tempo para exibir alterações significativas. Assim, os efeitos da intervenção sobre sintomas de ansiedade/depressão talvez pudessem ser notados com a consolidação das habilidades parentais e com as conseqüentes mudanças no repertório infantil (Compas et al., 2009).

Nesse sentido, os achados do presente estudo sugerem que intervenções focadas no comportamento parental podem necessitar de períodos mais extensos para alcançar resultados significativos na alteração dos problemas internalizantes das crianças. Apesar de terem sido conduzidos grupos com extensões diferentes, o delineamento do presente estudo não permitiu a avaliação de eventuais efeitos da diferença de número de sessões sobre os escores de problemas internalizantes. Portanto, para tornar o GPP mais eficiente, uma alternativa seria ampliar o número de sessões, comparar diferentes formatos com relação à quantidade de sessões e fomentar a prática e consolidação das práticas de socialização e habilidades sociais propostas. Além disso, visando a facilitar a manutenção em ambiente natural das habilidades desenvolvidas no GPP e a aumentar a consistência das práticas entre os cuidadores, seria recomendável incluir ambos os pais no programa de intervenção. Na impossibilidade de participação presencial do outro cuidador, poderiam ser utilizados recursos não presenciais como material impresso ou audiovisual.

Considerando os grupos intervenção e comparação, não foram confirmadas as hipóteses de que os escores de problemas internalizantes e de suas síndromes seriam mais altos no grupo comparação do que no grupo intervenção no pós-teste. No entanto, é importante ressaltar que se tratam de dois grupos pequenos e que não foram aleatoriamente distribuídos, o que seria a condição metodológica ideal. A tentativa de manter a equivalência dos grupos foi também prejudicada, já que o emparelhamento dos casos foi realizado a partir de um grupo restrito de participantes. Dessa maneira, reduz-se a extensão em que os grupos podem ser comparados, pois variáveis desconhecidas podem ter interferido no desempenho de cada grupo. Além da possível interferência de variáveis desconhecidas, os grupos intervenção e comparação apresentaram diferença significativa quanto ao número de moradores na casa,

com o grupo comparação apresentando maior média e também composições distintas.

De qualquer modo, a ausência de diferenças significativas levanta questionamentos sobre a eficácia do GPP. Inicialmente, a extensão das sessões pode ter sido insuficiente para o desenvolvimento das práticas de socialização, de acordo com o proposto por Bolsoni-Silva e Borelli (2012), de que a consolidação do repertório de práticas pode exigir um período maior de intervenção. Além disso, os indícios de influência genética (Saudino et al., 2008; Schmitz et al., 1995; van der Valk et al., 2003) e os princípios da modelação (Bandura, 1977) permitem supor que os pais apresentem perfis internalizantes, de modo que a modalidade de grupo poderia se constituir enquanto um contexto aversivo para esses participantes. Assim, sugere-se a investigação de problemas internalizantes dos pais, bem como os efeitos de diferentes modalidades de intervenção sobre esse tipo de problema nas crianças. Em consonância com a hipótese de os pais apresentarem perfil internalizante, Compas et al. (2009) identificaram reduções nos problemas internalizantes a partir de uma intervenção com pais quando analisou o relato dos filhos, mas não verificaram tal redução nos relatos dos pais com histórico de transtorno depressivo, apontando para a necessidade de se avaliar a saúde mental dos pais e seus efeitos sobre o relato de problemas de comportamento nos filhos. Novas pesquisas devem investigar, também, outros aspectos relacionados ao desenvolvimento de sintomas internalizantes, como o manejo e a socialização das emoções (Silk et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, as hipóteses do presente estudo não foram confirmadas, exceto pela diferença em queixas somáticas do pré para o pós-teste no grupo intervenção. Esses achados sugerem uma possível maior ou mais rápida

sensibilidade dos mecanismos fisiológicos envolvidos na síndrome queixas somáticas às mudanças iniciais no comportamento parental. A ampla literatura que embasou a presente pesquisa mostra que o desenvolvimento e a implantação de programas com ênfase na redução de sintomas internalizantes em crianças através de mudanças das práticas de socialização parentais tende a produzir melhora na qualidade dos relacionamentos familiares, prevenindo o agravamento dos sintomas da criança. Cabe à comunidade científica reconhecer as particularidades das famílias brasileiras, bem como das escolas e centros de atendimento públicos do país, e desenvolver estratégias eficazes para promover o desenvolvimento infantil pleno.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASE-BA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASE-BA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Lopes, R. de C. S., & Tudge, J. (2009). Estabilidade e Mudanças nas Práticas Educativas de Mães e Pais. *Interação Em Psicologia*, 13(2), 253–262.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 135–42. doi:10.1007/s00127-009-0052-2
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296–3319.
- Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: parental psychological control of children and adolescents.pdf. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: how psychological control affects children and adolescents* (pp. 15–52). APA.
- Bauermeister, J. J., So, C. Y. C., Jensen, P. S., & Krispin, O. (2006). Development of adaptable and flexible treatment manuals for externalizing and internalizing disorders in children and adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 67–71.
- Bayer, J.K., Sanson, A.V., & Hemphill, S.A. (2006). Parent influences on early childhood internalising difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 542-559
- Bhatia, V., & Tandon, R. K. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20, 332–339. doi:10.1111/j.1400-1746.2004.03508.x
- Bolsoni-Silva, A. T., Carrara, M. P., & Marturano, E. M. (2008). Intervenção em Grupo para Pais: a que estar atento com relação à intervenção e às habilidades terapêuticas? In *Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção*. São Paulo: Roca.
- Bordin, I., Silveiras, E., Rocha, M., Teixeira, M., & Paula, C. S. (2010). Versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 6-18”.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., White, C., & Verduyn, C. (2005). Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(2), 45–52. doi:10.1111/j.1744-6171.2005.00014.x
- Coelho, M. V., & Murta, S. G. (2007). Treinamento de pais em grupo: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 333–341.

- Compas, B. E., Forehand, R., Keller, G., Champion, J. E., Rakow, A., Reeslund, K. L., ... Cole, D. A. (2009). Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1007–20. doi:10.1037/a0016930
- Compas, B. E., Forehand, R., Thigpen, J. C., Keller, G., Hardcastle, E. J., Cole, D. A., ... Roberts, L. (2011). Family group cognitive-behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 488–99. doi:10.1037/a0024254
- El-Sheikh, M., Hinnant, J. B., Kelly, R. J., & Erath, S. (2010). Maternal psychological control and child internalizing symptoms: vulnerability and protective factors across bioregulatory and ecological domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 51*(2), 188–98. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02140.x
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 855–71. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.007
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology, 56*, 235–62. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141532
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development, 74*(2), 578–94.
- Goodman, R., Santos, D. N., Robatto Nunes, A. P., Pereira de Miranda, D., Fleitlich-Bilyk, B., & Almeida Filho, N. (2005). The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(1), 11–7. doi:10.1007/s00127-005-0851-z
- Hane, A. A., Cheah, C., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2008). The Role of Maternal Behavior in the Relation between Shyness and Social Reticece in Early Childhood and Social Withdrawal in Middle Childhood. *Social Development, 17*(4), 795–811.
- Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology, 11*(2), 228–239. doi:10.1037/h0076463
- Hughes, A. A., Lourea-Waddell, B., & Kendall, P. C. (2008). Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Child Psychiatry and Human Development, 39*(2), 211–20. doi:10.1007/s10578-007-0082-5
- Lins, T. C. S. (2013). Práticas educativas maternas e problemas internalizantes em pré-escolares. Universidade Federal da Bahia.
- Liu, J., Zhou, Y., & Li, D. (2012). School Adjustment and Internalizing Problems in Chinese Adolescents: Implications of Social Change. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 40*(4), 657–666. doi:10.2224/sbp.2012.40.4.657
- Overmier, J. B. (2002). Sensitization, conditioning, and learning: can they help us understand somatization and disability? *Scandinavian Journal of Psychology, 43*(2), 105–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12004947>
- Reigada, L. C., Fisher, P. H., Cutler, C., & Masia Warner, C. (2008). An Innovative Treatment Approach for Children With Anxiety Disorders and Medically Unexplained Somatic Complaints. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(2), 140–147. doi:10.1016/j.cbpra.2007.08.003
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 244–52. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.009

- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Coplan, R. J. (2002). Social withdrawal and shyness. In P. K. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell's Handbook of Childhood Social Development* (pp. 329–352). Cornwall: Blackwell.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying Attention to and Not Neglecting Social Withdrawal and Social Isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 506–534. doi:10.1353/mpq.2004.0036
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60(c), 141–71. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642
- Saudino, K. J., Carter, A. S., Purper-Ouakil, D., & Gorwood, P. (2008). The etiology of behavioral problems and competencies in very young twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 48–62. doi:10.1037/0021-843X.117.1.48
- Schmitz, S., Fulker, D. W., & Mrazek, D. A. (1995). Problem Behavior in Early and Middle Childhood: An Initial Behavior Genetic Analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(8), 1443–1458. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01674.x
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Prout, J. T., O'Rourke, F., Lane, T. J., & Kovacs, M. (2011). Socialization of Emotion and Offspring Internalizing Symptoms in Mothers with Childhood-Onset Depression. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 127–136
- Silva, M. T. A. (1981). Avanços Recentes em Psicobiologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1(1), 61–77.
- Silvares, E.F.M., Rocha, M.M., & Linhares, M.B.M. (2010). Inventário de Comportamentos de Crianças entre 1½-5 anos (CBCL/1½-5). Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 1½-5". Manuscrito não publicado.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano* (11th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por conseqüências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX(1), 129–137.
- Toumbourou, J. W., Williams, I., Letcher, P., Sanson, A., & Smart, D. (2011). Developmental trajectories of internalising behaviour in the prediction of adolescent depressive symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 63(4), 214–223. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00023.x
- Van der Valk, J. C., van den Oord, E. J. C. G., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (2003). Genetic and Environmental Contributions to Stability and Change in Children's Internalizing and Externalizing Problems. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(10), 1212–1220. doi:10.1097/01.chi.0000081824.25107.bb

NOTAS

Este artigo derivou da dissertação de mestrado do primeiro autor submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Salvador (PPGPSI/UFBA) sob a orientação da segunda autora.

Agradecemos ao CNPq pelo apoio financeiro.

Agradecemos a Taiane Lins e à bolsista de Iniciação Científica, Heloneida Costa pelo auxílio na coleta de dados.

Artigo recebido: 29-05-2014 Artigo revisado: 17-10-2014 Artigo aceito: 16-03-2015
