

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC SP

GIOVANNA CECÍLIA SANTORO FROTA PAGANO ANDREOZZI

**ENSINO EM GRUPO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA PESSOAS COM
AUTISMO: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

São Paulo

2017

Giovanna Cecília Santoro Frota Pagano Andreozzi

**ENSINO EM GRUPO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA PESSOAS COM
AUTISMO: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob a orientação da Prof^a Dra. Paula Suzana Gioia.

Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento

São Paulo

2017

Banca Examinadora

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução parcial ou total desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, _____ de _____ de 2017

Assinatura: _____

Para todas mãozinhas que me trouxeram até aqui.

Agradecimentos

À minha orientadora **Prof^a Paula Suzana Gioia**, pelo acompanhamento afetuoso e por se fazer próxima a cada pequeno passo que eu dava (ainda que nem sempre fossem em frente). Também sou grata pelas suas aulas de Conceitos Básicos, que certamente modificaram minha prática profissional. Obrigada por estar disponível a qualquer momento e para qualquer necessidade.

Aos docentes:

Prof^a Maria Cristina Teixeira e **Professor Nicolau Kuckartz Pergher**, que gentilmente aceitaram compor minha banca de qualificação e defesa, e cujas cuidadosas contribuições almejo ter contemplado na elaboração deste trabalho.

À **Maria Eliza** pelo ensino competente e discussões tão valiosas proporcionadas pelas aulas de História da Prática.

À **Mônica Gianfaldoni** pelas conversas entusiasmadas sobre a nossa sociedade.

Aos amigos:

À **Cíntia Perez Duarte**, obrigada por aquela palestra que mudou meus planos de vida.

À **Talita Sélios**, por ser tão prestativa e atenciosa naquele primeiro encontro acidental.

A todos do **Paradigma** que me apresentaram a Análise do Comportamento.

À **Luiza Vaz**, minha companheira de perguntas infundáveis durante as aulas de Conceitos Básicos: aprendi muito com você.

À **Luiza Aranha**, por toda amizade, fora e dentro do mestrado. Por topar, desde o primeiro convite, ir comer e papear com uma semidesconhecida. Conseguimos!

À **Deborah Paz**, obrigada por toda ajuda e disponibilidade nessa reta final. Sem sua atenção e seu repertório de ouvinte esse trabalho não teria chegado ao fim.

À **Laura Rocha**, obrigada por toda confiança depositada no meu trabalho e sua amizade. Obrigada por ter sido um modelo de colega, profissional e amiga.

Ao **Raul Zaidan**, por possibilitar que São Paulo se tornasse uma realidade para mim.

À **Yara Nico** por me ensinar que, mesmo quando eu não enxergo, sempre existem outros caminhos possíveis.

À **Verena Frota e Bridget**, em especial: obrigada por serem minha família. Agradeço pelas longas ligações, afeto e também pela distração nos dias mais puxados.

“Social behavior arises because one organism is important to another as part of the environment.”
B.F. Skinner (1953, p. 298)

ANDREOZZI, G. C. S. F. P. (2017). Ensino em grupo de habilidades sociais para pessoas diagnosticadas com autismo. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo

Embora haja grande quantidade de pesquisas aplicadas e de revisão de literatura sobre habilidades sociais, a multiplicidade de medidas de avaliação e de fatores utilizados para a caracterização desses estudos tornam difícil a análise e comparação das variáveis relacionadas a seus resultados positivos. O presente estudo atualizou e analisou os dados provenientes de revisões e meta-análises publicadas 2006 a 2017, a fim de sistematizar as características de pesquisas relacionadas a resultados positivos sobre ensino de habilidades sociais em grupo para pessoas diagnosticadas com autismo. A busca realizada nas bases de dados EMBASE, ERIC, MEDLINE e PsycINFO resultou em 47 estudos publicados entre os anos de 2006 e 2017. Aspectos não abrangidos pelas revisões anteriores (e/ou abrangidos de maneira assistemática) foram analisados. Os resultados evidenciaram um período de pausa nas publicações norte-americanas e dos demais países a partir do ano de 2014, todavia, após 2015 foi observado um novo período de aceleração para as publicações não oriundas de instituições norte-americanas. A maior parte dos estudos selecionados foram publicados em revistas com fator de impacto entre três e quatro. Os participantes em sua maioria eram compostos por crianças diagnosticadas com Autismo, com uma multiplicidade de diagnósticos secundários e QI maior que 70. A abordagem cognitivo comportamental foi a mais utilizada e as sessões de ensino foram conduzidas por terapeutas, em clínicas e no formato de grupos de mais de seis participantes. Estes encontros tinham duração de no mínimo uma hora, aconteciam uma vez na semana e alcançavam de 10 a 20 sessões. Poucos estudos revistos envolveram treinamento de agentes e menos da metade planejou generalização, entretanto, quando planejada, teve foco somente para outros *settings* e pessoas. Os pais dos participantes foram responsáveis por avaliar os resultados da intervenção a partir de medidas indiretas (escalas). O comportamento-alvo mais treinado foi iniciar e/ou manter uma conversação e os procedimentos de ensino utilizados com maior frequência, segundo os autores, foi o ensaio comportamental e o *feedback*, porém, os estudos apresentaram poucas informações sobre no que consistia o *feedback* apresentado. As limitações mais frequentes foram as falhas metodológicas de procedimento. Mais da metade das intervenções foram considerados eficazes pelos autores, entretanto, o *follow up* mais utilizado obedeceu um intervalo de somente três a seis meses. Concluiu-se que para os autores, 47 dos resultados poderiam ser considerados efetivos ou parcialmente efetivos, embora houvesse limitações quanto ao planejamento da generalização do comportamento-alvo e da medida de sua manutenção após o término da intervenção. Sugere-se que sejam desenvolvidos mais estudos com maior controle metodológico dos procedimentos, melhor caracterização dos participantes e seus repertórios iniciais, melhor definição dos procedimentos utilizados, descrição topográfica do comportamento-alvo da intervenção e, se possível, que os futuros pesquisadores da área de HS possam preencher as lacunas apontadas de modo a dar um embasamento consistente para o ensino em grupo de HS para pessoas diagnosticadas com TEA.

Palavras-chave: habilidades sociais, grupos de ensino de habilidades sociais, autismo, revisão de literatura, análise aplicada do comportamento.

ANDREOZZI, G. C. S. F. P. (2017). Ensino em grupo de habilidades sociais para pessoas diagnosticadas com autismo. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract

Although there is a wide variety of applied research and literature reviews on social skills, the multiplicity of evaluation measures and factors used to characterize these studies make it difficult to analyze and compare the variables related to their positive outcomes. The present study updated and analyzed the data from reviews and meta-analysis published from 2006 to 2017, in order to systematize the characteristics of research related to positive results on teaching social skills in groups, for people with ADS. The search conducted on EMBASE, ERIC, MEDLINE and PsycINFO databases resulted in 47 studies published between 2006 and 2017. Aspects not covered by previous reviews (and/or unsystematically covered) were analyzed. The results evidenced a period of few publications on North American and other countries publications in 2014, however, after 2015 a new period of acceleration was observed for non-US publications. Most of the selected studies were published in journals with an impact factor between three and four. Participants were mostly arranged in groups with more than six children diagnosed with Autism, with a multiplicity of secondary diagnoses and IQ greater than 70. The cognitive behavioral approach was the most used and the teaching sessions, for the most part, consisted of at least one-hour meetings, were conducted by therapists, were held once a week and totalled 10 to 20 sessions. Most of the encounters lasted for at least an hour, took place once a week, and ranged from 10 to 20 sessions. Few reviewed studies involved parent training and less than half planned generalization, however, when planned, focused only on other settings and people. The most trained target behavior was to initiate and / or maintain a conversation and the teaching procedures used most frequently, according to the authors, was the behavioral rehearsal and the feedback and the most frequent limitations were procedural methodological limitations. More than half of the interventions were considered effective by the authors, however, the most used follow up was an interval of only three to six months. It was concluded that, for the authors, 47 of the results could be considered effective or partially effective, although there were limitations regarding the planning of generalization of the target behavior and the measure of its maintenance after the end of the intervention. It is suggested that more studies be developed with greater methodological control of the procedures, better characterization of the participants and their initial repertoires, better definition of the procedures used, a topographical description of the target behavior of the intervention and, if possible, future researchers in the area of HS can fill the gaps pointed to provide a consistent basis for group teaching of HS for people diagnosed with ASD.

Key-words: social skills, literature review, autism, social skills teaching groups, applied behavior analysis.

Sumário

Transtorno do espectro autista e características comportamentais.....	14
Revisões de literatura sobre grupos de ensino de habilidades sociais para crianças e adultos diagnosticados com autismo.....	28
Definição do problema de pesquisa.....	47
Método.....	49
Fontes de Dados.....	49
Definição de palavras-chave e descritores.....	50
Procedimento de busca nas bases de dados.....	52
Crterios de inclusão e exclusão de artigos.....	52
Classificação das informações.....	53
Acordo entre observadores e Integridade na classificação dos estudos nas variáveis e categorias.....	60
Resultados e Discussão.....	63
Considerações finais.....	109
Referências.....	114
Apêndices.....	136
Apêndice A: Modelo de Tabela usada na organização das informações dos estudos....	137

LSTAS DE ABREVIACÕES

APA: AMERICAN PSYCHATRY ASSOCIATION

DSM: MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTASTSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

HS: HABILIDADES SOCIAIS

TEA: TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

VI e VD: VARIÁVEL INDEPENDENTE

Índice de Tabelas

Tabela 1. Identificação das plataformas utilizadas em cada estudo.....	49
Tabela 2. Descritores selecionados com as palavras chave e totais.....	50
Tabela 3. Procedimento de busca nas bases de dados selecionadas.....	52
Tabela 4. Variáveis e categorias de acordo com as quais as informações selecionadas serão classificadas.....	53
Tabela 5. Índice de concordância em porcentagem entre pesquisadores por variável e por estudo.....	60
Tabela 6. Índice de concordância em porcentagem entre pesquisadores por estudo.....	61
Tabela 7. Número total de publicações encontradas por periódico.....	68
Tabela 8. Características dos participantes dos estudos selecionados.....	71
Tabela 9. Diagnóstico principal dos participantes.....	79
Tabela 10. Diagnóstico secundário dos participantes.....	80
Tabela 11. Instrumentos utilizados para o diagnóstico dos participantes.....	82
Tabela 12. Caracterização dos participantes nos diferentes estudos.....	83
Tabela 13. Histórico de intervenção dos participantes selecionados.....	84
Tabela 14. Instrumentos utilizados para avaliar o repertório inicial dos participantes.....	85
Tabela 15. Comportamentos-alvo identificados nessa seleção de estudos.....	88
Tabela 16. Comportamentos-alvo ensinados divididos por país.....	89
Tabela 17. Total de práticas de ensino.....	90
Tabela 18. Tipo de delineamento descrito.....	91
Tabela 19. Tipos de medidas do comportamento utilizadas por trabalho.....	105

Índice de Figuras

Figura 1. Fluxograma do caminho percorrido para a busca e total de artigos encontrados.....	65
Figura 2. Número acumulado de países que publicaram sobre o tema no período.....	66
Figura 3. Quantidade de artigos publicados por ano e país.....	67
Figura 4. Número de publicações dos autores que publicaram dois ou mais artigos.....	68
Figura 5. Porcentagem total de acordo como fator de impacto.....	69
Figura 6. Parcela da porcentagem de acordo com o tipo de participante.....	70
Figura 7. Parcela da porcentagem de acordo com a idade dos participantes.....	77
Figura 8. Porcentagem de publicações que selecionaram participantes com as respectivas pontuações de QI.....	77
Figura 9. Porcentagem de eficácia de acordo com o QI do participante.....	78
Figura 10. Parcela da porcentagem de acordo com o tipo de educação escolar recebida pelos participantes.....	85
Figura 11. Tamanho dos grupos e sua correlação com a eficácia das intervenções.....	94
Figura 12. Porcentagem total de acordo com o número total de sessões, intensidade do treino por semana e duração da sessão.....	95
Figura 13. Porcentagem que cada tipo de agente foi utilizado nas pesquisas e sua relação com a eficácia do procedimento.....	96
Figura 14. Porcentagem de estudos realizados em cada ambiente, ocorrência do arranjo de contingências e condições extra experimentais ou na presença de quem o comportamento seria observado.....	98
Figura 15. Porcentagem que cada tipo de agente de mudança foi utilizado nas pesquisas e sua relação com a eficácia do procedimento.....	99
Figura 16. Porcentagem que cada tipo de medida utilizada nas pesquisas e porcentagem de estudos com os respectivos responsáveis pela avaliação dos resultados.....	101
Figura 17. Porcentagem de eficácia de acordo com quem avaliou a intervenção.....	102
Figura 18. Os 10 instrumentos mais utilizados pelos artigos de acordo com a quantidade de vezes.....	103
Figura 19. As 10 falhas metodológicas mais cometidas nos estudos.....	104
Figura 20. Número acumulado de publicações de acordo com o uso de manuais por ano de publicação.....	105
Figura 21. Porcentagem de pesquisas classificadas conforme a eficácia.....	106
Figura 22. Follow-up e tempo de intervalo entre o término da intervenção e a medida..	106
Figura 23. Porcentagem de pesquisas classificadas conforme a abordagem da intervenção.....	107

Transtorno do espectro autista e características comportamentais

Desde a primeira descrição de Leo Kanner (1943), pesquisador pioneiro sobre o chamado “*Autistic disturbance of affective contact*”, *déficits* significativos no âmbito da interação social têm sido consistentemente identificados como uma, se não a característica central do diagnóstico de autismo (Carter, Davis, Klin & Volkmar, 2005).

Koegel, Koegel, Hurley e Frea (1992) afirmam que *déficits* nas interações sociais e interpessoais são patognomônicos, isto é, característicos nos repertórios comportamentais de pessoas diagnosticadas com TEA (Transtornos do Espectro Autista) e estão presentes dentre os critérios diagnósticos deste transtorno de desenvolvimento, conforme registrado desde a terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association - APA, 1987). Mesmo os indivíduos mais competentes verbalmente, diagnosticados no espectro autista, apresentam dificuldades nas chamadas habilidades sociais. Tal déficit constitui tipicamente uma área de grande vulnerabilidade desta população (Howlin, 2005; Shea & Mesibov, 2005).

Dificuldades na interação social foram identificadas desde a publicação do DSM-III, em 1980, quando o autismo é classificado pela primeira vez como entidade nosográfica, e é criada a classe diagnóstica Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD. Nesta mesma edição é criada a subcategoria “Autismo Infantil”, que, após a revisão da terceira edição, passa a ser nomeado “Transtorno Autístico”. A partir de então se transforma num diagnóstico convencional na prática psiquiátrica (Grinker, 2010)

Na quarta edição do Manual (APA, 1994), e sua revisão (APA 2002), o autismo mantém a nomenclatura de Transtornos Globais do Desenvolvimento e recebe outros subtipos: o “Transtorno de Rett”, o “Transtorno Desintegrativo da Infância” e o “Transtorno de Asperger”. Em 2013, o DSM chega a sua quinta edição e introduz outras mudanças: a

extinção dos TGDs e a criação de uma única categoria diagnóstica para os casos de autismo (“Transtorno do Espectro Autista”), independentemente de suas diversas formas de manifestação. É nessa edição que o Manual adota a ideia de “espectro”. A mudança refletiu-se na visão de que aqueles transtornos são uma mesma condição, com gradações em dois grupos de sintomas: 1) *déficit* na comunicação e interação social e, 2) no padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos. A historiografia do DSM aqui descrita baseou-se em no capítulo escrito por Micheletto e Murai (no prelo).

Considerados os critérios diagnósticos dos Transtornos do Espectro Autista (TEA) mais difundidos, apresentados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013), estão as deficiências nas interações sociais e de comunicação.

Dada a alta prevalência do diagnóstico de TEA (a média de prevalência mundial de casos é de 62/10.000, segundo Elsabbagh, Divan, Koh, Kim, Kauchali, Marcín, Montiel-Nava, Patel, Paula, Yasamy e Fombone (2012), o transtorno tem sido reconhecido como uma importante área de preocupação no âmbito da saúde pública, e a pesquisa sobre o desenvolvimento de intervenções seguras e eficazes foi identificada como uma prioridade para a destinação de verbas voltadas ao estudo do TEA nos EUA (McMahon, Lerner & Britton, 2013).

No entanto, é importante considerar a amplitude da variação dos *déficits* nos repertórios de diferentes indivíduos diagnosticados TEA, o que dá sentido à adoção do termo *espectro* para abarcar esta variabilidade, levando-se em conta a heterogeneidade dos *déficits* sociais e de comunicação. Além disto, o TEA apresenta-se em três níveis de severidade, cuja gradação relaciona-se com o “comprometimento” comportamental e baseia-se nos tipos de auxílio que os indivíduos com autismo necessitam para desempenhar atividades da vida cotidiana: (1) Nível 1 “Requerendo auxílio”, (2) Nível 2 “Requerendo auxílio substancial” e

(3) Nível 3 “Requerendo auxílio muito substancial” (APA, 2013, p. 93).

Ainda sobre a temática da caracterização do diagnóstico de TEA, Klin, Klaiman e Jones (2015), pesquisadores da área da neurociência e TEA, afirmam que, atualmente, a idade média do diagnóstico nos EUA é de 5.5 anos. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) detalha a idade do diagnóstico ao estabelecer que a idade média em que o diagnóstico de TEA costuma ser realizado varia de acordo com a severidade do transtorno: crianças com autismo clássico são diagnosticadas em torno de 3 anos e 10 meses e as com autismo leve (equivalente a Nível 1 e 3 no DSM-5) em torno de 6 anos e 2 meses (CDC, 2016).

Koegel, Vernon e Koegel (1992) entendem que, nos casos de maior comprometimento, as defasagens podem ser percebidas já nos primeiros meses de vida: crianças típicas começam a se comunicar muito antes de desenvolverem fala, atraindo e mantendo atenção de pessoas ao seu redor e, assim, produzem e respondem a estímulos sociais. Em contraponto, um dos primeiros sinais de TEA é a baixa responsividade e o não engajamento em comportamentos sociais simples, tais como estabelecer contato visual, sorrir, atender ao som de vozes ou ao chamado do próprio nome, olhar para faces conhecidas e responder às demais tentativas de interação com os pais (Hobson & Lee, 1998; Koegel Koegel, Shoshan & McNerney, 1999; Swettenham, 1996; Gerhardt & Crimmins, 2013). Nota-se que estes prejuízos se relacionam à interação social antes mesmo de a linguagem tornar-se a parte mais importante da comunicação. Este ponto merece atenção, uma vez que a ocorrência da atenção compartilhada ou conjunta, e da imitação podem indicar prematuramente sucesso em outras áreas, como a linguagem, imitação e brincar social (Sigman & Ruskin, 1999; Charman et al., 2003; Jones, Carr & Feeley, 2006; Ingersoll & Schreibman, 2006).

A respeito da linguagem, as dificuldades dos indivíduos com TEA incluem: entender a influência do tom de voz no significado da linguagem, realizar inferências (Happé, 1993;

Dennis, Lazenby & Lockyear, 2001) e manter coesão entre tópicos tratados ao longo de uma conversa (Fine, Bertolucci, Szatmari, Ginsberg., 1994).

Esta população também apresenta *déficits* em aspectos topográficos da fala, como ritmo e prosódia, assim como o interesse em tópicos restritos de conversação, que podem, ambos, impactar negativamente as tentativas de iniciação verbal (Shriberg, Flipsen, Karlosson & McSweeny, 2001).

Ainda que o motivo pelo qual algumas crianças falhem na aquisição da fala não esteja claro, *déficits* de comunicação muitas vezes estão acompanhados de inúmeras formas de comportamento inapropriado, e comumente caracterizam a forma de comunicação da criança (ex: autoestimulação, birra, heteroagressão, isolamento social e comportamento hiperativo) (Sundberg & Partington, 1998).

Uma criança que continuamente não obtém sucesso nas tentativas de comunicar-se pode desistir de se engajar em comportamentos adequados devido aos efeitos punitivos do insucesso, passando a emitir comportamentos de autoestimulação (muitas vezes inadequados socialmente) cuja liberação do reforço é controlada por ela mesma (Sundberg & Partington, 1998). Pesquisas também apontam que indivíduos cujo repertório comportamental é marcado por este tipo de inabilidade possuem maior risco de desenvolver comportamentos autoagressivos ou heteroagressivos (Duncan, Matson, Bamburg, Cherry & Buckley, 1999). Howlin, Mawhood e Rutter (2000) acrescentam que, sem intervenção efetiva, tais *déficits* tendem a aumentar ao longo dos anos.

Ao longo do período de desenvolvimento biológico, as relações sociais tornam-se mais complexas e tais *déficits* apresentam-se ainda mais evidentes em razão das exigências do ambiente social, como falhas na comunicação não verbal (contato visual empobrecido, expressões faciais inadequadas durante as interações, excesso de proximidade física com o falante, gestos incompreensíveis, ausência ou baixa qualidade no engajamento em atenção

compartilhada, emitir gestos não relacionados ao tópico da conversa), e verbal (incapacidade de iniciar, adentrar, manter ou deixar uma interação social e mudar de tema quando o interlocutor dá pistas de desinteresse), e inabilidade na resolução de problemas (*bullying*; provocações; dificuldade de administrar frustrações. As defasagens descritas tornam esta população despreparada para o contato social, seja com uma única pessoa ou nos ambientes comunitários, uma vez que não há o estabelecimento de relações mutuamente reforçadoras entre pares. (Bernard-Opitz, 1982; McHale, Simeonsson, Marcus & Olley, 1980; Pelphrey et al., 2002; Dawson et al., 2004; Samson & Hegenloh, 2010).

De acordo com Graziano (no prelo), diferentemente das crianças e jovens com autismo severo (que muitas vezes não estão cientes de sua dificuldade de interação, desenvolvimento de amizades e rejeição dos pares), tais preocupações são percebidas pelos indivíduos diagnosticados com autismo leve.

Além disso, ao se aproximar da idade adulta, as perdas associadas do despreparo para contatos sociais podem interferir no sucesso no âmbito profissional, em decorrência de demandas de interação com colegas de trabalhos e/ou clientes, tornando-se uma barreira para oportunidades profissionais, como indicado por estudos de Howlin (2000) e Krasny, Williams, Provencal e Ozonoff (2003). O número reduzido de relacionamentos interpessoais também é observado em atividades recreativas (Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004) e em relacionamentos românticos (Stokes, Newton & Kaur, 2007).

Como resultado da rejeição de seus pares e o conseqüente isolamento, esta população também pode sofrer de ansiedade relacionada às interações sociais no futuro (Whitehouse, Line, Watt & Bishop, 2009).

Tais déficits comportamentais (falha na comunicação não verbal e verbal e inabilidade na resolução de problemas) tornam-se evidentes na presença de outras pessoas e foram

descritos em diferentes trabalhos (Bernard-Opitz, 1982; McHale et al., 1980; Pelphrey et al., 2002; Dawson et al., 2004; Samson & Hegenloh, 2010).

Taylor (2013) afirma que interações verbais complexas (como, por exemplo, conversações) constituem uma área de extrema dificuldade para pessoas com TEA, uma vez que exigem que o indivíduo emita uma variedade de respostas sob o controle de variáveis múltiplas e inconstantes. A utilização da análise do comportamento verbal de Skinner (1957) pode facilitar a compreensão dos potenciais estímulos discriminativos que podem evocar diferentes respostas, bem como os reforçadores que os mantêm.

Skinner (1957) também permite destacar a função da comunicação verbal em vez de direcionar o foco somente na topografia da fala e a conceitualização dos diferentes operantes verbais (mando, ecoico, tato e intraverbal) ajuda a identificar comportamentos-alvo e identificar contingências potencialmente reforçadoras. Taylor (2013) afirma, inclusive, que direcionar nossa atenção a essas variáveis no momento de elencar comportamentos-alvo da intervenção pode aumentar a eficiência com que as respostas são aprendidas.

Segundo Sampaio e Andery (2010), na Análise do Comportamento, todo comportamento que envolve a participação ou mediação de outra pessoa como ambiente relevante para a ação analisada pode ser nomeado como comportamento social.

Raymond, Romanczyk e Gillis (2005) acrescentam que o comportamento social é complexo e envolve uma interação dinâmica entre uma variedade de estímulos discriminativos e consequências.

Este repertório tem sido abordado na literatura como "habilidades sociais", entretanto, ainda que muitos especialistas concordem que tais comportamentos podem e com frequência devem ser ensinados, para Taylor (2013) há pouco consenso sobre que comportamentos, de fato, constituem o repertório de habilidades sociais.

A inabilidade social de indivíduos com TEA vem sendo considerada o aspecto mais severo, intrigante e definidor do transtorno. Paradoxalmente, habilidades sociais (HS) foram - comparativamente - muito menos estudadas que outros aspectos do Autismo (Anderson, Moore, Godfrey & Fletcher-Finn, 2004; Carter et al., 2005; Constantino et al., 2003; Ruble, 2001). Há 30 anos, entretanto, esta situação começou a mudar drasticamente, com o crescente aumento de atenção da literatura de pesquisa voltada ao tema (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz & Klin, 2004; Matson, Matson & Rivet, 2007).

Matson et al. (2007, p.683) definem as habilidades citadas como “respostas interpessoais com definições operacionais específicas, que permitem que um indivíduo se adapte ao ambiente por meio de comunicação verbal e não verbal”.

Por sua vez, Taylor (2013) afirma que habilidades sociais podem ser definidas como respostas que são mantidas por reforçamento positivo social (como, por exemplo, elogios), reforçamento negativo (como, por exemplo, uma criança que se engaja em estereotípias quando o irmão se aproxima para assistir televisão) e podem envolver comportamento vocal e não vocal. Ele acrescenta que essas habilidades envolvem não só emitir respostas de iniciação, como também a interpretação de regras sutis e não escritas, que permitem responder iniciações e emitir respostas apropriadas.

Taylor (2013) também correlaciona habilidades sociais e habilidades de comunicação, uma vez que, de modo efetivo, esta envolve o uso e interpretação apurada dos componentes vocais e não vocais da comunicação (como, por exemplo, na interpretação de figuras de linguagem e de expressões faciais), que muitas vezes também são consideradas habilidades sociais.

Para Baker (2013), é o contexto que permite definir um comportamento como “social”. A comunicação que ocorre na ausência de outras pessoas, como, por exemplo, sons incompreensíveis, deve ser considerada comportamento autoestimulatório e não deve ser

caracterizada como comportamentos social. Todavia, caso estes mesmos sons sejam emitidos na presença de outras pessoas e estas consequenciem a resposta com atenção ou risadas, o comportamento poderá adquirir função social.

Del Prette e Del Prette (1999/2001) definem “habilidades sociais” como um conjunto de respostas aprendidas que apresentam consequências positivas no ambiente, melhorando a interação, ou seja, tem uma relação funcional, contextual e arbitrária, variando conforme fatores filogenéticos (evolução da espécie), ontogenéticos (história de vida) e culturais (interação social).

Turini e Carrara (2010) discutem a possibilidade de descrever funcionalmente habilidades sociais e entendê-las como adjetivação que se refere a repertórios que, ao serem promovidos, podem reduzir comportamentos que trazem prejuízo à obtenção de reforçadores. Para tanto, concentram-se inicialmente na definição de habilidades sociais e análise funcional (contextualizada no behaviorismo radical), para, na sequência, tecer considerações sobre as relações entre estes conceitos, com base em exemplos empíricos.

Os conceitos apresentados pelos autores foram selecionados da literatura de habilidades sociais, de análise do comportamento aplicada e de estudos empíricos que testaram relações entre problemas/transtornos e repertório de habilidades sociais.

Inicialmente, Turini e Carrara (2010) discorrem sobre o surgimento das técnicas para aumentar a expressividade verbal e facial, sobre o trabalho de avaliação e intervenção em comportamentos envolvidos na expressão de sentimentos negativos (assertividade) e positivos.

Na sequência, os autores apresentam a articulação conceitual de Caballo (1996) entre habilidades sociais e expressão de sentimentos, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e minimiza a probabilidade de problemas futuros. Os autores também comentam a ampliação da

taxonomia e subclassificações propostas das habilidades sociais existentes no cenário atual, bem como a influência de autores de diferentes orientações teóricas na formulação do conceito, sendo destacados cinco modelos que permitiram sua estruturação: o cognitivo, o da teoria de papéis, o da assertividade, o da aprendizagem social e o da percepção social.

Ainda que as HS apresentem caracterização amplamente examinada pelos pesquisadores da área, Turini e Carrara (2010) evidenciam que as diferentes definições propostas descrevem comportamentos que parecem maximizar a obtenção de reforçadores positivos e negativos em contingências sociais, ainda que se verifique a falta de consenso na literatura quanto a esta definição. Uma vez que se mostra necessário adotar alguma definição como guia, os autores entendem as habilidades sociais como a qualificação de comportamentos que parecem ter sido consolidados na prática cultural.

Turini e Carrara (2010) afirmam que a qualificação descrita se mostra presente no contexto da comunidade científica, na classificação “comportamento socialmente habilidoso” ou “comportamento não habilidoso” como forma de adjetivar e qualificar comportamentos que sejam ou não compatíveis com as funções sociais aceitas dentro das normas do nosso grupo social.

Ainda que as expressões “competência social” e “habilidades sociais” sejam, em alguns casos, intercambiáveis, o conceito de competência social pode se diferenciar de habilidade social, uma vez que está relacionado a uma avaliação qualitativa do grau de adequação dos comportamentos sociais que a pessoa exhibe e se são obtidos resultados importantes, tais como o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, a aceitação pelos pares e a capacidade de encerramento de relações prejudiciais (Gesten, Weissberg, Amish & Smith-Tuten, 1987; Gresham, 1983; Mayville, 2013).

Tratando-se de uma qualificação, Turini e Carrara (2010) pontuam que as habilidades sociais possuiriam uma dimensão ética-moral que apresenta compatibilidades com a análise

do comportamento quanto aos princípios éticos de promoção de práticas culturais reforçadoras.

Turini e Carrara (2010) complementam esta qualificação ao destacar compatibilidades e dissensões relacionadas ao método de pesquisa: entende-se como compatível o delineamento de sujeito único para responder a perguntas de pesquisa na área de habilidades sociais, mas se entende que o delineamento de grupo, pouco usual na análise do comportamento, também seja importante e relevante para obter informações acerca de práticas culturais.

Após estabelecer este contraponto entre os métodos de pesquisa, os autores concluem que ambos os procedimentos produzem resultados por vias diferentes e complementares; o delineamento de grupo pode garantir validade externa no mapeamento de variáveis relevantes, as quais podem, em segundo momento, ser testadas experimentalmente, possibilitando validação interna.

De todo modo, os resultados até o momento produzidos, independentemente do delineamento, indicam a importância das habilidades sociais como adjetivação de categorias de repertórios comportamentais relevantes para o favorecimento de interações sociais satisfatórias.

É amplamente divulgado na literatura sobre TEA que esta população pode aprender habilidades sociais, aqui compreendidas, segundo Gillis e Butler (2007), como comportamento aprendido que facilita a consciência das contingências do seu ambiente social, para ser capaz de solucionar problemas. Entretanto, um componente central da caracterização do transtorno é um dos problemas-chave do ensino deste tipo de habilidade: interações sociais podem ser reforçadoras para aqueles diagnosticados com TEA?

Diferentemente de pessoas neurotípicas, que desde estágios iniciais do desenvolvimento biológico parecem emitir comportamentos modelados por reforçadores

sociais (como, por exemplo, sorrisos, gestos, contato físico e vocalizações), pessoas com autismo muitas vezes não alteram seu comportamento consequenciado socialmente e a utilização exclusiva de reforçadores sociais no início da intervenção pode resultar em insucesso. Assim, a escolha das consequências a serem utilizadas é um componente indispensável a qualquer intervenção (Taylor, 2013).

Segundo Baker (2013), as motivações que levam à interação social podem ser classificadas como extrínsecas, pareando itens tangíveis ou atividades de alta preferência (como, por exemplo, entregar um reforçador tangível após uma interação social) e intrínsecas, realizando tentativas de tornar a interação motivadora em si mesma (por exemplo, incorporando atividades preferidas durante a interação social). O autor também enumera estratégias que podem colaborar para aumentar o interesse dessa população nas interações sociais: prover atividades preferidas sem exigir que o aprendiz tenha que “trabalhar” por isso e utilizar interações sociais para aumentar o valor de um item ou atividade de alta preferência.

Além disso, a emissão de respostas de interação social também está diretamente relacionada com diferentes variáveis, como qualidade e magnitude dos reforçadores; atraso na liberação do reforçador; custo de resposta para obter o reforçador e operações motivadoras como privação e saciação (Davison & Mccarthy, 1988; Michael, 1993).

Tendo conhecimento de tais variáveis, é possível criar condições que visem gerar operações motivadoras com o propósito de aumentar o interesse no engajamento em determinadas formas de interação social (como, por exemplo, restringir o acesso a itens preferidos, esconder peças necessárias para a conclusão de um jogo ou entregar um objeto que a pessoa gosta de manipular, mas não consegue fazê-lo, sem a ajuda do terapeuta).

Segundo Weiss (2013), uma das questões frequentemente levantadas a respeito das habilidades sociais referem-se à idade em que essas habilidades devem começar a ser treinadas. Em seu artigo, Weiss (2013) não apresenta definição de HS. Identifica, entretanto,

componentes básicos das habilidades sociais: brincar, imitar, iniciações sociais, emitir mandos e responder a instruções. Para a autora, ainda que alguns clínicos classifiquem habilidades sociais como habilidades complexas que devem ser ensinadas somente em estágios avançados do currículo, muitas das habilidades básicas que são ensinadas desde o início da intervenção (como, por exemplo, brincar e imitar) podem ser consideradas habilidades sociais.

Intervenções cujo comportamento-alvo está relacionado a habilidades sociais, usualmente, trabalham com o desmembramento de comportamentos complexos em pequenos passos mais fáceis de ensinar e utilizam reforçamento diferencial. Pode-se entender, portanto, que todos os comportamentos envolvidos nesta habilidade social façam parte de um mesmo comportamento que levará ao reforçador social e que todos que produzem o mesmo reforço fazem parte de uma mesma classe de respostas.

Dentre os procedimentos de intervenção mais comumente implementados destacam-se as histórias sociais (descrições de situação, evento ou atividade que inclui informações específicas sobre o que esperar naquela situação e o porquê); *hidden curriculum* que descreve as regras secretas das interações sociais (que nem sempre são descritas por uma comunidade verbal, como, por exemplo, a distância adequada entre pessoas durante uma conversa) das interações sociais por meio de histórias e fotos; *social autopsies*, utilizadas para correção de comportamentos sociais inadequados (Bieber, 1994); *social scripts*, cartões utilizados em diferentes situações, que ajudam na fluência da emissão de comportamentos apropriados (Barnhill, Cook, Tebbenham & Myles, 2002); ensaio comportamental (apresentação de uma situação-problema, breve discussão acerca da situação, arranjo de uma situação análoga, desempenho do cliente em situação estruturada e *feedback* do terapeuta e/ou de outros participantes) (Howlin, Baren-Cohen, & Hadwin, 1999; Ozonoff & Miller, 1995; Del Prette & Del Prette, 1999/2001); instrução direta (prática norteada pela definição dos currículos a serem ensinados, de modo a formular estratégias generalizáveis; planejamento do programa a

partir da modelagem das habilidades esperadas de maneira sequencial e por meio de programas instrucionais; as lições devem ter o nível de dificuldade individualizado e priorizar o responder ativo dos alunos), modelação, modelagem, *feedback* e reforço de interações positivas (Cappadocia & Weiss, 2011); mediação por pares, que envolvem o treino de pares neurotípicos para iniciar, dar dicas e reforçar interações sociais (Zercher, Hunt, Schuler & Webster, 2001); vídeo modelação, demonstração de comportamentos desejáveis por meio de vídeos) e *self management*, cujo propósito é ensinar a pessoa a registrar e contar a frequência de seus comportamentos adequados (Koegel & Koegel, 1993).

Estratégias adicionais, tais como treino de pais na implementação de procedimentos e tarefas para casa, também têm sido utilizadas para promover a manutenção e generalização das habilidades adquiridas para outros ambientes após o término da intervenção (Ingersoll & Gergans, 2007; McMahon et al., 2013).

Vale ressaltar que os treinos de tais habilidades podem ser realizados em diferentes composições: individualmente (no qual o ensino se dá entre o terapeuta e o cliente) ou em grupos (clientes selecionados com base em um critério pré-definido e terapeuta).

Ainda que Tse, Strulovitch, Tagalakakis, Meng e Fombonne (2007) não apresentem uma definição do conceito de HS em seu artigo, eles propõem a adoção do formato de grupos para o ensino de habilidades sociais e treino de habilidades sociais em grupo, que podem facilitar o implemento das estratégias descritas acima, porque permitem que seus participantes pratiquem as habilidades ao mesmo tempo que interagem com seus pares e são guiados pelos coordenadores dos grupos.

O treino e inclusão de pares neurotípicos nos grupos também podem ser justificados pelo dado apresentado por Hwang e Hughes (2000), segundo os quais pode haver pouca generalização das habilidades adquiridas no treino com adultos para o uso no dia a dia nas interações com adolescentes e crianças.

Para Charlop e Erickson (2013), existem várias razões que justificam o ensino de habilidades sociais em pequenos grupos, em oposição à instrução 1:1 (isto é, treino realizado de forma individual). Em primeiro lugar, as oportunidades de interação social no ambiente natural da criança ocorrem, na maioria das vezes, nas configurações do grupo. Além disso, a generalização é mais provável de ocorrer quando as competências são ensinadas em ambientes que se assemelham ao ambiente habitual. Além disso, nas configurações do grupo, as crianças são capazes de praticar habilidades sociais aprendidas com uma variedade de pares. Ao treinar e praticar habilidades recém adquiridas com um número de exemplares, a generalização é mais provável de ocorrer para além destes.

Em síntese, podemos dizer que, grupos de treino de habilidades sociais são, geralmente, compostos por participantes diagnosticados com autismo com nível de comprometimento leve a moderado. Embora, pessoas diagnosticadas com TEA, nível leve de comprometimento, pareçam pouco interessadas no contato social, pode ser que o seu ensino esteja associado a resultados mais eficazes do que pessoas com comprometimento grave.

Já os participantes diagnosticados com nível moderado, apresentam déficits perceptíveis na comunicação, mesmo com ajuda e ambiente estruturados. Apresentam baixa responsividade e/ou responder atípico à iniciação de outras pessoas (como, por exemplo, continuar andando sem responder uma pergunta que lhe foi feita). Estes participantes podem ou não receber outras modalidades de intervenção (como terapia comportamental ou de outra abordagem no modelo individual) concomitantemente à participação nos grupos (McMahon et al., 2013).

Segundo Reichow, Steiner e Volkmar (2012), nos grupos de treino de habilidades sociais deve necessariamente haver um participante diagnosticado com TEA, e o trabalho é conduzido por um terapeuta ou professor, em encontros semanais com duração entre 60 e 90 minutos.

Os tópicos de treino variam de acordo com a idade e grau de compreensão dos participantes e incluem frequentemente treino de tato de eventos privados, resolução de problemas, contato visual, alternância de turnos, cumprimentar pessoas, brincar (podendo ser paralelo, cooperativo ou simbólico), conversação (iniciação, responder, manter o tópico da conversa e encerrar), elogios, atender aos pedidos de ajuda (Greenberg, Erickson & Charlop, 2012) e regulação emocional (habilidade de manter, aumentar ou diminuir um ou mais componentes da resposta emocional, incluindo comportamentos observáveis e respostas fisiológicas que constituem as emoções) (Gross, 2002).

A descrição das pesquisas que revisaram publicações cujo objetivo era o ensino de habilidades sociais no formato de grupo para indivíduos diagnosticados com transtornos intelectuais, incluindo TEA, será apresentada a seguir.

Revisões de literatura sobre grupos de ensino de habilidades sociais para crianças e adultos diagnosticados com autismo

Dentre os diferentes autores que se preocuparam em realizar revisões de literatura sobre ensino de habilidades sociais em grupo para indivíduos com TEA nos últimos dez anos, destacam-se Cappadocia e Weiss (2011).

Ainda que não apresentem uma definição de HS, os autores afirmam que as tarefas ensinadas nos grupos de ensino incluem fazer amigos, conversação, brincar, respostas de empatia, auto regulação e manejo de conflito. Os autores tiveram como objetivo identificar os elementos em comum e aqueles diferentes entre si, em três tipos de intervenções: grupos de ensino de habilidades sociais tradicionais (isto é, treinos que se utilizam do modelo de intervenção comportamental) (SSTG), grupos de treino de habilidades sociais com orientação cognitivo comportamental (SSTG-CB) e grupos com orientação cognitivo comportamental explícita e treino de pais como um componente de diferenciação do segundo grupo (SSTG-PC).

É importante destacar que a revisão em questão não apresentou informações referentes ao método da pesquisa (critérios de inclusão e exclusão de artigos, bases de dados utilizadas para seleção dos artigos e o recorte temporal).

Partindo do público-alvo de crianças e jovens, alguns estudos selecionados nessa revisão tiveram como participantes somente pessoas diagnosticadas com autismo de alto funcionamento ou Síndrome de Asperger¹, enquanto outros estudos incluíam ambos diagnósticos e se referiam aos participantes como “pessoas diagnosticadas com Autismo de Alto Funcionamento”, atualmente classificado como autismo leve.

As pesquisas analisadas nessa revisão foram divididas segundo seus respectivos modelos de intervenção. A decisão de dividir os estudos em três grupos se deu porque os autores partiram da hipótese de que, assim como em intervenções destinadas a jovens de desenvolvimento típico e atípico para outras patologias (como por exemplo, ansiedade), os componentes de orientações cognitivas comportamentais e participação dos pais produziram mudanças positivas nos resultados quando comparados com os grupos com modelo comportamental – SSTG.

Ao justificar o acréscimo do componente de treino de pais, Cappadocia e Weiss (2011) defendem que tal abordagem possibilita que esse familiar possa ajudar o próprio filho a utilizar as habilidades aprendidas fora do grupo, levando assim ao uso difundido da mesma e promovendo a generalização.

O SSTG, primeiro dos grupos, provia psicoeducação (isto é, prover conhecimentos sobre a patologia, dicas sobre como lidar com o transtorno e resolução de problemas do cotidiano), instruções e treino de habilidades sociais para crianças e adolescentes, sem que os pais se envolvessem ou participassem.

¹ Nomenclaturas encontradas no DSM-IV, provavelmente devido a data de publicação do estudo.

Nesta primeira modalidade de treino foram incluídos três estudos com características distintas (como o número de participantes, que variou de 8 a 46, e a quantidade de horas de intervenção, de 8h a 18h), e semelhantes (duas pesquisas tinham participantes com idades entre 12 e 17 anos e o terceiro deles de 13 a 18 anos).

Os resultados revelaram que dois dos três estudos (o que corresponde a 66,6%) que utilizavam o modelo comportamental de grupo de treino de habilidades sociais indicaram melhora nas avaliações pré e pós-intervenção, utilizando-se de uma medida direta do comportamento do participante, enquanto somente um foi baseado em medidas indiretas (formulários preenchidos pelos pais), apresentando também melhora. Para os autores, os resultados sugerem que, possivelmente, os ganhos nas habilidades sociais exibidas nas sessões não se generalizaram para outros ambientes, uma vez que os SSTG costumam acontecer em clínicas e não envolveram pais ou outras pessoas que convivem com os participantes.

Tendo em vista que, na maior parte dos casos, intervenções comportamentais são realizadas em ambientes distintos do ambiente natural do indivíduo, é necessário que haja uma mudança benéfica para o participante, resultante da intervenção, e esta seja mantida após seu término. Para que as habilidades treinadas pudessem promover mudanças no dia a dia do participante da pesquisa, deveria ser previsto procedimentos para promover a generalização (como, por exemplo, treino em outros ambientes e com outras pessoas, além de medidas de *follow-up*) deveriam ter sido implementados.

Orientando-se pela linha de raciocínio de Skinner (1953) e Baer, Wolf e Risley (1968), a generalização de um comportamento vincula-se à ampliação de uma resposta modelada, passa a ocorrer em outros ambientes e com outras pessoas, (além daquele contexto em que ela inicialmente ocorreu), mostra-se durável ao longo do tempo e se reflete em uma ampla variedade de comportamentos relacionados.

Entre os três estudos incluídos nos SSTGs, dois indicaram resultados positivos nas avaliações diretas e somente um demonstrou melhora com base na avaliação dos pais. Com base nestes dados (além da falta de dados referentes ao *follow-up*), não podemos afirmar que houve generalização das habilidades treinadas e se houve manutenção dos resultados alcançados ao longo dos meses seguintes.

Em relação aos grupos de treino de HS com orientação cognitivo-comportamental SSTG-CB (*explicit cognitive behavioral orientations*), os resultados dos 100% dos estudos analisados indicaram melhora. Ressalta-se que uma das possíveis razões para explicar o sucesso deste modelo de intervenção associa-se a uma característica que lhe é exclusiva: enquanto a intensidade dos grupos (volume total de horas de intervenção) SSTG-CB variava entre 50h a 180h, o número máximo de horas do grupo anteriormente descrito (SSTG) foi de 18h. De tal modo, é possível inferir que esta variável (a intensidade do treino) esteja diretamente associada à melhora constatada, conforme apontam os achados de Lovaas (1977). Todavia, para a confirmação de tal hipótese, seriam necessários mais estudos que isolassem tais variáveis: números de horas do treino e orientação cognitivo-comportamental.

Para Cappadocia e Weiss (2011), a orientação cognitivo-comportamental destacou-se como componente diferencial para os resultados obtidos. Contudo, este componente precisaria ser descrito operacionalmente, possibilitando assim uma melhor compreensão das razões que diferenciam estes dos demais grupos, uma vez que os autores não obtiveram êxito ao diferenciar as técnicas utilizadas nos SSTG e os ditos componentes cognitivos comportamentais.

O terceiro modelo de intervenção, nomeado SSTG-PC, tem duração de 8 a 20 sessões semanais e com variação entre 16h e 30h.

O componente que diferenciava este grupo dos dois primeiros era a participação dos pais na intervenção, podendo acontecer concomitantemente às sessões (em cujo término os

pais recebiam apostilas com conteúdos referentes às habilidades trabalhadas e orientações de como trabalhar o comportamento-alvo, tendo em vista a generalização) grupos de psicoeducação ocorriam paralelamente às sessões de treino e os pais participavam em duplas, recebendo orientações sobre o plano de ensino da semana e eram solicitados a preencher formulários sobre o comportamento-alvo discutido. Outra particularidade deste grupo foi o uso de medidas de *follow up*, que verificaram a manutenção dos ganhos seis semanas a cinco meses, após o término da intervenção.

Foram constatados procedimentos (modelação e ensaio comportamental) e comportamentos-alvo em comum com aqueles verificados nos grupos SSTG-CB. Três dos quatro estudos que incluíam treino de pais tiveram resultados considerados eficazes; os familiares avaliaram os participantes antes e depois da intervenção e identificaram melhoras em algumas áreas, tais como cumprimentos, desempenho nos jogos e aumento de empatia com os pares. Entre os estudos abarcados pela análise, a única pesquisa que não alcançou resultado positivo se concentrou no aconselhamento de pais (quando a família recebe instruções sobre como proceder em determinadas situações, mas não é formalmente treinada) e não no treinamento destes (quando as respostas-alvo dos pais podem ser instaladas por modelagem, modelação com ensaio e reforçadas diferencialmente pelos aplicadores).

Os artigos selecionados diferenciam-se por duas variáveis que estão competindo (participação dos pais e tipo de abordagem) e, uma vez que não são isoladas, os resultados apresentados não podem ser facilmente interpretados.

Utilizando as variáveis “intensidade” e “duração do programa de intervenção”, “amostra de participantes”, “delineamento experimental”, “faixa etária”, “instrumentos de medidas para avaliar os resultados” e “resultados das intervenções nesta modalidade de ensino de grupo”, os autores sumarizaram as informações que, segundo eles, possibilitariam elucidar as diferenças e elementos em comum dos grupos de treino de habilidades sociais.

Assim, os autores conseguiram elencar dados que expuseram a heterogeneidade dos modelos de intervenção adotados nas pesquisas revisadas, mostrando que, tendo em vista as variáveis analisadas, somente a de delineamento experimental apresentou semelhanças nos estudos. O delineamento experimental entre grupos de pré e pós-teste se repetiu em oito das 10 pesquisas analisadas, enquanto apenas um dos estudos foi um ensaio clínico randomizado.

Os dados encontrados por Cappadocia e Weiss (2011) apontam que apenas seis de 44 artigos consistiam em estudos controlados randomizados, enquanto o delineamento experimental entre grupos com pré e pós-testes foi usado em 39% dos estudos. Os autores afirmaram também que a heterogeneidade entre os programas de intervenção e a variedade dos instrumentos de medida utilizados para avaliar os comportamentos-alvo mostraram um desafio para a interpretação dos resultados encontrados. Assim, os autores descrevem que um maior grau de uniformidade entre os programas aplicados nos estudos possibilitaria uma avaliação das variáveis que contribuem para a eficácia da intervenção.

Em 2012, Reichow, Streiner e Volkmar realizaram a primeira meta-análise de grupos de intervenção para o treino de habilidades sociais voltadas a crianças e adolescentes com TEA. Vale destacar que apesar de discorrerem sobre a temática, os autores não apresentam uma definição de habilidades sociais.

Contando com participantes diagnosticados com TEA, sem limitações explícitas referentes ao grau de comprometimento, esta meta-análise também incluiu pesquisas cujos participantes tiveram como único critério de inclusão o resultado de QI acima da pontuação de corte para deficiência intelectual, embora os autores, considerem importante a caracterização dos participantes (podendo, por exemplo, incluir idade, sexo, QI e diagnóstico específico). Segundo Reichow et al. (2012), fatores como a heterogeneidade de participantes pode implicar alterações quanto aos resultados obtidos.

A primeira diferença que podemos citar entre a pesquisa de Reichow et al. (2012) e a revisão publicada quanto referente ao tipo de delineamento experimental adotado: todos estudos precisavam ser controlados e randomizados para serem incluídos na revisão. Assim, contando com somente cinco estudos, devido ao rigor metodológico dos critérios de seleção, a revisão tinha três objetivos: 1) comprovar a evidência da efetividade dos grupos de ensino de habilidades sociais na melhora da competência social, comunicação social e qualidade de vida em indivíduos com TEA; 2) identificar quais características dos treinos de habilidades sociais revelaram-se mais efetivas e 3) identificar para quais subtipos de crianças com TEA os grupos de ensino habilidades sociais eram mais bem-sucedidos.

Outra característica que merece destaque na revisão feita por Reichow et al. (2012) é a presença de resultados relativos ao *follow up* (faz parte da exigência do ECR) relacionados aos ganhos obtidos em diferentes comportamentos-alvo. Este tipo de informação é importante porque demonstra maior rigor metodológico e permite aumentar o grau de confiabilidade quanto aos resultados produzidos pela pesquisa. Os resultados de *follow up* encontrados foram: cinco a 20 semanas de manutenção para "Reconhecimento de emoções"; 12 a 16 semanas para "Amizades" e uma média de 12 semanas para "Solidão".

Assim como no estudo de Cappodocia e Weiss (2011), Reichow et al. (2012) encontraram uma grande variabilidade de tipos de medidas utilizadas para avaliar os resultados das intervenções, portanto, criaram duas categorias específicas para melhor identificar essas medidas: 1) resultados primários, que são usualmente obtidos por relato de pais e por meio de escalas (como, por exemplo, *Vineland Adaptive Behavior Scale* e *Social Skills Rating System*); 2) resultados secundários, que se utilizam de um rol de técnicas, como avaliações uniformizadas e escalas preenchidas por pais ou professores, medidas como taxa de resposta para comportamentos individuais específicos e efeitos adversos.

Nota-se que Reichow et al. (2012) incluíram duas categorias que ainda não haviam sido avaliadas nas pesquisas descritas até aqui: objetivos individuais e efeitos adversos. Os autores definem objetivos individuais como habilidades-alvo exclusivas a alguns participantes das pesquisas, que são incorporadas ao currículo de intervenção do grupo.

Assim como as revisões de Cappadocia e Weiss (2011), Reichow et al. (2012) apontam que existe alguma evidência de que os grupos de habilidades sociais podem melhorar a competência social para algumas crianças e adolescentes com Autismo leve. Todavia, os autores são consoantes ao afirmarem que mais pesquisas são necessárias para conclusões mais robustas, especialmente no que diz respeito à melhora da qualidade de vida dos participantes.

Um ano após a publicação do estudo de Reichow et al. (2012), McMahon, Lerner e Britton (2013) publicaram uma revisão de literatura, com o objetivo de identificar critérios essenciais para futuras pesquisas com grupos de ensino de habilidades sociais para adolescentes.

Os participantes tinham entre 10 e 20 anos de idade e diagnóstico de “autismo de alto funcionamento”. Assim como Reichow et al. (2012), McMahon et al. (2013) abordam a temática dos efeitos adversos do treino. Para os autores, intervenções em habilidades sociais que visam aprimorar a autoconsciência podem promover a identificação de diversos *déficits* presentes nos seus repertórios, o que pode levar esses participantes a apresentar sinais de depressão e ansiedade, como efeitos colaterais das intervenções. Os autores também pontuam que os resultados do modelo de intervenção em grupo têm produzido poucos dados consistentes e defendem a ideia - compartilhada por Cappadocia e Weiss (2011) e Reichow et al. (2012) - de recomendar cautela em relação às limitações das medidas empregadas. Propuseram ainda a utilização de medidas diretas que são mais precisas, sensíveis e abrangentes, acrescentando que o aumento de rigor metodológico para avaliar a eficácia deste tipo de intervenção, somada a uma análise mais sofisticada e rigorosa destes componentes,

poderia trazer clareza à questão da eficácia dos grupos de ensino de habilidades sociais para pessoas com TEA.

Como exemplo do possível enviesamento dos resultados devido à medida utilizada, McMahon, et al. (2013) citaram os questionários respondidos pelos professores, os quais raramente mostraram melhoras nas habilidades sociais, mesmo quando outras avaliações indicaram resultados positivos. Para eles, uma explicação possível é que as melhoras mencionadas podem não se refletir no ambiente de sala de aula (ou seja, um problema relativo à generalização de comportamentos em ambientes distintos), assim como os mesmos podem apenas ter dificuldade em reconhecer e reportar tais melhoras.

Ao recomendar cautela na interpretação dos dados obtidos nestas revisões e levantar possíveis razões para a ocorrência de viés dos dados, os autores também sugerem mudanças para os próximos estudos, que podem ser relevantes para que, objetivamente, se possa avaliar a eficácia deste tipo de intervenção (em grupo).

Os autores supracitados esclarecem que embora existam evidências que suportam a relação entre efetividade, intensidade e duração da intervenção, ainda não é claro que tipo de variáveis produzem melhores resultados, sejam sessões de curta duração, mas implementadas por um longo período de tempo (por exemplo, pesquisas com duração de um ano acadêmico) ou sessões mais longas em um período menor de tempo (por exemplo, com duração de três meses). Assim como apontado na pesquisa de Cappodocia e Weiss (2011), a indagação dos autores quanto ao tipo de programação que produz resultados melhores destaca variáveis importantes a serem consideradas para avaliação da eficácia da intervenção.

Ainda sobre a temática da eficácia, segundo McMahon et al. (2013), algumas pesquisas na literatura sobre grupos de treino de HS começaram a identificar e avaliar as características que podem estar associadas a eficácia das intervenções, em cujo rol os autores citaram: envolvimento de irmãos na intervenção; tipo de *feedback* dado aos participantes

durante a intervenção; duração e intensidade da intervenção (também já mencionado anteriormente como variável importante); estratégias de ensino e a adoção de um manual para elaborar o currículo da intervenção.

A identificação de fatores que estão possivelmente relacionados ao sucesso da intervenção é importante porque permite a novos pesquisadores se orientarem quanto à escolha de variáveis em futuras pesquisas.

Em 2014, apenas um ano depois, os autores Miller, Vernon, Wu e Russo publicaram uma revisão de 44 estudos cujo critério de exclusão dos participantes era QI abaixo de 70, que sinaliza deficiência intelectual. O mesmo critério de exclusão foi utilizado por Reichow et al. (2012) e pode ser explicado pela relação do QI com o desenvolvimento da linguagem (Lord, Rutter & Le Couteur, 1994), partindo da inferência que indivíduos não vocais não conseguiriam participar deste modelo de intervenção. Assim, o QI tem sido considerado uma das informações relevantes relacionadas aos participantes com diagnóstico de autismo inclusos neste tipo de pesquisa.

Os dados encontrados por Miller, Verson, Wu e Russo (2014), relacionados ao tipo de delineamento experimental, vão ao encontro dos achados da revisão realizada por Cappodocia e Weiss (2011), em que houve baixa adoção aos Ensaios Clínicos Randomizados (ECR). Nesta pesquisa, apenas seis de 44 artigos consistiam em estudos controlados randomizados, enquanto o delineamento experimental com pré e pós-testes foi usado em 39% dos estudos.

Segundo Souza (2009), o ECR é uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para o cuidado para a área da saúde e baseia-se na comparação entre duas ou mais intervenções, nas quais os participantes do estudo são randomicamente alocados nas diferentes intervenções e todas as outras variáveis são idênticas e controladas pelos pesquisadores. Partindo dessa definição, Miller et al. (2014) e McMahon et al. (2013) defendem que o ECR é classificado como o método padrão-ouro em estudos médicos e cuja

implementação pode ser necessária para prover evidência e aceitabilidade deste formato de intervenção nas áreas de saúde.

O estudo também identificou tendências de pesquisa na área, como a individualização do ensino de habilidades específicas para alguns participantes do grupo, assim como visto na revisão publicada por Reichow et al. (2012).

Neste estudo, a individualização foi implementada utilizando-se uma variedade de formas, incluindo planos de intervenção ou comportamentos-alvos diferenciados, ou uma adaptação dos tópicos de intervenção utilizados para o grupo que atendesse a necessidade de um dos participantes. Tais modificações permitiram que os pesquisadores e terapeutas (a) incluíssem um número maior de participantes por meio do uso de intervenção em grupo e (b) estabelecessem diferentes objetivos específicos, que puderam ser agrupados em um objetivo geral que abarcava vários casos.

Para os autores, essa combinação de comportamentos-alvo individualizados e em grupo otimizou o fornecimento de serviços eficientes e poderia se tornar uma estratégia cada vez mais abrangente nos dias atuais, considerado o fato que existem serviços limitados no cuidado da saúde desta população e qualquer pessoa poderia ser incluída no atendimento, mesmo que seu comportamento-alvo não fosse a meta comportamental para mudança de todas as outras pessoas do grupo.

A identificação de novas tendências, isto é, de novas variáveis a serem adotadas nas pesquisas recentes revela-se importante porque pode colocar em destaque aspectos a serem considerados na intervenção que ainda não foram implementados.

Outras tendências que podem ser vantajosas foram identificadas por Miller et al. (2014). Essas dizem respeito à inclusão de pares neurotípicos nos grupos de habilidades sociais, que podem dar modelo compatíveis com a faixa etária dos participantes, tendo o número de participantes variando entre quatro e seis pessoas.

Miller et al. (2014) também salientaram o número crescente de pesquisas desenvolvidas concomitantemente nos EUA e em países como Alemanha, Itália e Coréia do Sul) o que pode vir a indicar evidências iniciais sobre a generalidade deste modelo de intervenção para uma variedade de culturas e contextos, assim como as revisões citadas anteriormente.

Mais recentemente, em 2015, defendendo a ideia que dificilmente os resultados encontrados possam ser extrapolados para outras idades, devido à diferença das demandas entre faixa etárias, Spain e Blainey (2015) propuseram uma revisão de estudos restrita a participantes adultos (isto é, com 18 anos ou mais). Os autores entenderam que o modelo de intervenção em grupo pode ser útil na redução de *déficits* centrais de comunicação e interação social para essa população.

Um dos resultados apresentados que mais chamaram a atenção dos autores foi o fato de que nenhum dos 16 estudos analisados coletou informações de linha de base do repertório dos participantes ou de medida de *follow-up* pós-intervenção. Tais falhas metodológicas levaram os autores a afirmarem que os resultados reportados nos estudos eram questionáveis. A afirmação dos autores pode ser explicada pelo fato de que a linha de base é a medida de uma determinada resposta antes do início da intervenção, cuja ausência impede a mensuração de quanto os comportamentos-alvo foram modificados (seja na frequência, seja na magnitude, latência, etc.) pela intervenção. Por sua vez, ausência do *follow up* compromete a avaliação da generalização e manutenção dos comportamento-alvo aprendidos durante a intervenção.

As preocupações de Spain e Blainey (2015) assemelham-se às de McMahon et al. (2013) que também demonstraram preocupação em relação a ausência de medida de follow up e ainda acrescentaram que a identificação das habilidades sociais que podem ser mais facilmente mantidas ao longo do tempo teria implicações importantes para o planejamento e implementação desse modelo de intervenção.

Ainda quanto ao trabalho de Spain e Blainey (2015), pode-se dizer que as conclusões desta revisão foram consistentes com os resultados encontrados por Cappadocia e Weiss (2011) e por Reichow et al. (2012) no que diz respeito à associação entre grupos de ensino de habilidades sociais e melhoras em algumas áreas, como comunicação e qualidade de reciprocidade). No entanto, os autores ressaltaram que, assim como as pesquisas de 2011 e 2012, encontraram dificuldades em estabelecer comparações entre a eficácia das intervenções, por conta das limitações metodológicas apresentadas, como por exemplo, a heterogeneidade e quantidade de participantes, que eram muito diferentes nos diversos estudos.

Hotton e Coles são os autores da revisão sobre grupos de ensino de habilidades sociais em 2016. Este trabalho englobou pesquisas de 1994 entre 2014 sobre grupos de ensino de habilidades sociais para jovens e adultos diagnosticados com TEA. Segundo os autores, as habilidades sociais podem ser entendidas como comportamentos envolvidos na iniciação e manutenção de relações interpessoais e estão ligadas a aceitação dos pares, “bem-estar psicológico” e conquistas acadêmicas.

Tendo como objetivo identificar e avaliar a efetividade dos grupos na melhoria da interação social e comunicação, Hotton e Coles (2016) selecionaram somente participantes adolescentes a partir de 13 anos e adultos diagnosticados TEA. Assim os autores justificaram a delimitação de idade destes participantes pontuando que até então as pesquisas preocupavam-se unicamente com crianças e adolescentes com TEA (Reichow et al. 2012; Miller et al. 2014) e que as dificuldades de interação encontradas por estes indivíduos não melhoram somente com a passagem do tempo. Sendo assim, é importante identificar quaisquer intervenções que possam apoiar os adultos a desenvolver tais habilidades.

Diferentemente de Reichow et al. (2012), os autores não adotaram o modelo de delineamento experimental como critério de exclusão, incluindo assim pesquisas com grande variedade de delineamentos, como ECR, linha de base múltipla e delineamentos quase-

experimentais. Podem ser citadas duas variáveis investigadas pelos autores desta pesquisa que se diferenciam das demais revisões: tipo de grupo controle e gênero dos participantes, indicando mais cuidados metodológicos. Como exemplo dos eventuais problemas, podemos citar o fato de uma garota ter relatado não ter feito amigos e que se sentiu isolada na pesquisa de Cappadocia e Weiss (2011), pois era a única participante do gênero feminino. Outra particularidade da pesquisa em questão diz respeito ao número de países em que a mesma ocorreu (Estados Unidos, Canadá, Hong Kong, Coreia do Sul), o que, segundo McMahon et al. (2013), pode prover evidências da generalidade sobre a aplicação deste modelo de intervenção.

Vale a pena ressaltar que a publicação de três revisões com o mesmo público-alvo três anos seguidos poderia indicar mais uma tendência no interesse crescente das pesquisas sobre os grupos de ensino de habilidades sociais (Miller et al. 2014; Spain & Blainey, 2015; Hotton & Coles, 2016).

Hotton e Coles (2016) destacaram que foram encontradas 37 medidas distintas para avaliar o resultado das intervenções e salientaram (assim como os outros autores) que a adoção de muitas medidas diferentes entre os estudos revisados impediu que se estabelecessem comparações entre as diferentes intervenções e se identificassem os critérios que deveriam estar presentes nos programas de ensino adotados pelos grupos. O autor também defendeu a inclusão de medidas comportamentais objetivas.

A mais recente das revisões foi publicada por Gates, Kang e Lerner (2017), autores da meta-análise com maior número de estudos que avalia a eficácia de grupos de ensino de HS para jovens com TEA. Chama atenção o fato de que, assim como nas revisões anteriores, os autores não apresentaram uma definição para habilidades sociais. Este estudo examinou toda literatura publicada até Janeiro de 2016, e, assim como em Reichow et al. (2012), incluíram somente ensaios clínicos de controle randomizado. Este estudo foi conduzido com o objetivo

de determinar a eficácia do ensino dos grupos de HS e se os resultados diferem a depender dos avaliadores. Os autores destacam que as pesquisas realizadas sobre grupo de ensino de HS para TEA costumam utilizar várias fontes para avaliar a eficácia da intervenção implementada, sendo os questionários para pais a mais utilizada. Questionários para professores também são frequentemente utilizados para aferir a frequência ou qualidade dos comportamentos-alvo no ambiente escolar. Os próprios participantes com TEA são fontes utilizadas para classificar sua competência social por meio destes instrumentos e também completam avaliações baseadas em tarefas que são, muitas vezes, destinadas a medir habilidades específicas (como por exemplo, tarefas relacionadas à competência social e reconhecimento). O uso de medidas de escalas de observação, em que observadores treinados e independentes (normalmente avaliadores cegos) avaliam e classificam a frequência ou a qualidade dos comportamentos sociais dos participantes nos ambientes naturais também são usados, embora não seja tão comum quanto os instrumentos destinados a pais e professores.

O objetivo da meta-análise de Gates, Kang e Lerner (2017) pode ser justificado pela possibilidade de enviesamento dos resultados devido à medida utilizada, ou seja, o uso de questionários ao invés de medidas diretas de avaliação pode ser uma fonte de imprecisão. Efeitos decorrentes do tipo de medida de avaliação foram observados na publicação de McMahon et al. (2013), na qual os resultados obtidos apontam que os professores reportam ausência da modificação comportamental, e pais e participantes com TEA identificaram mudanças comportamentais, após o mesmo procedimento. Além da possibilidade de produzirem enviesamento nos resultados secundários, assim denominado por Reichow et al. (2012), a variedade dos instrumentos de medida utilizados para avaliar os comportamentos-alvo mostra-se um desafio para a interpretação dos resultados, segundo muitos autores Cappodocia & Weiss, 2011; Reichow et al., 2012; Hotton & Coles, 2016).

Um dos critérios de inclusão utilizados por Gates et al. (2017) foi o uso de ECR, exigência também adotada na pesquisa de Reichow et al. (2012) e apontada por Miller et al. (2014) como critério indispensável para a aceitabilidade deste formato de intervenção nas áreas de saúde. Chama a atenção o fato de que os critérios de inclusão relacionados aos participantes se limitam ao diagnóstico de autismo (as nomenclaturas PDD-NOS e *Asperger's syndrome* também foram aceitas) e à idade (que deveria ser de 5 a 21 anos). Assim como na meta-análise de Reichow, Streiner e Volkmar (2012), os autores desta meta-análise, publicada em 2017, não apresentam critérios referentes ao grau de comprometimento do transtorno. A escassez de informações observada por Gates et al. (2017), referentes à caracterização dos participantes, é uma limitação metodológica que dificulta a replicação da pesquisa e as comparações entre a eficácia das intervenções, como fora anteriormente descrito por Spain e Blainey (2015).

Os resultados da meta-análise realizada por Gates et al. (2017), acerca das medidas implementadas pelos pais, revelaram efeito (ainda que pequeno) do ensino dos grupos na competência social dos participantes. Corroborando este dado, os resultados da pesquisa de McMahon, et al. (2013) demonstraram que os pais tendem a informar de forma estável os efeitos positivos da intervenção, entretanto relatos de ocorrência destes comportamentos em ambiente natural são pouco frequentes.

Outro ponto de consonância entre Gates et al. (2017) e McMahon et al. (2013) diz respeito à alta frequência em que os professores descrevem o efeito da intervenção como nulo, mesmo quando outras avaliações indicaram resultados positivos. Gates et al. (2017) sugerem que os professores se tornam menos suscetíveis a efeitos da expectativa por conta do desconhecimento do objetivo da intervenção, viés que pode controlar a avaliação dos pais. Os autores acrescentam que a escassez de oportunidades de observação durante o período escolar, a dificuldade da generalização dos ganhos da intervenção para outros ambientes, e as

diferentes demandas apresentadas no ambiente doméstico e escolar são fatores que podem produzir a nulidade de efeito, pouca ou nenhuma mudança comportamental, descrita por estes profissionais.

Gates et al. (2017) descrevem que, apesar da discrepância entre a ausência de modificações comportamentais descrita pelos professores e os resultados relatados pelos pais, observadores independentes e pelos participantes com TEA, os resultados são consistentes com a literatura passada. Segundo os autores, os jovens com TEA frequentemente superestimam seu funcionamento social; somado a isso, o efeito da expectativa pode controlar o relato dos participantes, assim como é observado nas medidas utilizadas por pais. O chamado “efeito da expectativa” também pode ser observado em intervenções com crianças, como destacado por McMahon et al. (2013).

Corroborando com o resultado da meta-análise publicada por Reichow et al. (2012), os achados de Gates et al. (2017) sugerem que os participantes dos grupos de ensino de HS para TEA apresentam alguma melhora na competência social, após a implementação da intervenção. Gates et al. (2017), assim como Spain e Blainey (2012) e McMahon et al. (2013), também demonstram preocupação em relação a ausência de *follow up* na maior parte dos estudos selecionados.

Os resultados publicados por Gates et al. (2017) indicam que o ensino de grupos produz melhores resultados nos comportamentos característicos dos TEA do que a intervenção baseada em terapia cognitivo comportamental no formato um para um. Todavia, para participantes com diagnóstico secundário de transtornos de ansiedade, a terapia cognitivo comportamental individualizada é recomendada. Esse dado indica que informações acerca dos diagnósticos primários e secundários dos participantes podem ser um fator determinante para a escolha do procedimento de ensino a ser adotado.

Limitações do ensino de habilidades sociais no formato de grupo

Pode-se constatar que as revisões anteriormente descritas abrangeram o recorte temporal aproximado de 27 anos (artigos de 1990 a 2017). Devido à indeterminação da data inicial de inclusão dos artigos de Cappadocia e Weiss (2011); Reichow et al. (2012); Spain e Blainey (2015), Miller et al. (2014) e Gates et al. (2017) não foi possível afirmar com precisão o período abrangido e se houve publicações nesse espaço de tempo.

O modelo de intervenção em grupo que promove o desenvolvimento de habilidades sociais em pessoas com TEA é muito difundido em clínicas, ambiente comunitário e escolar. Intervenções com enfoque em *déficits* em habilidade social são claramente necessárias, e uma variedade de manuais com currículos destinados a este trabalho tem sido comercializada (Baker, 2003). Entretanto, evidências científicas que justifiquem o uso deste modelo não são especialmente fortes (Koenig, 2010).

Para Koenig (2010), a natureza crônica do autismo também requer avaliações de resultados que consideram o impacto do desenvolvimento biológico dos indivíduos, além do impacto da própria intervenção. Considerando os pontos destacados pelo autor, existem cuidados metodológicos - como a adoção de um grupo controle - que poderiam ser utilizados como forma de evitar dados imprecisos.

Para De Los Reyes e Kazdin (2005), a expectativa de melhoria uniforme em uma área complexa como a reciprocidade social, após determinada intervenção, é extremamente problemática.

Cientistas, assim como os pareceristas que revisam os artigos, podem basear a sua avaliação de um estudo no pressuposto de que, se uma intervenção é eficaz, todos os índices usados para mensurar o resultado irão mudar em uma esperada direção e inconsistência entre medidas de resultados pode ser atribuída à variância do erro ou a falta de eficácia da intervenção (Smith et al., 2007). Esta expectativa de melhora uniforme é consistente com a

maneira como os ensaios clínicos são avaliados, particularmente pesquisas em psicofarmacologia.

As interpretações dos resultados inconsistentes do desenvolvimento deste tipo de intervenção envolvem também uma consideração da natureza única deste problema. Por exemplo, uma maior consciência de estados emocionais internos pode levar ao aumento do nível de ansiedade experimentada por uma pessoa. Este tipo de troca, no que diz respeito à aquisição de novos repertórios e efeitos adversos, tem que ser considerada e analisada caso a caso (Koenig et al., 2010).

Por sua vez, medidas como relato (seja de pais, professores ou terapeutas) também não costumam alcançar alta precisão. A perspectiva do informante em relação às dificuldades da criança pode mudar de acordo com contexto em que os informantes a observam, e o desconhecimento do repertório inicial da mesma (Kraemer et al., 2003). Além das medidas indiretas (baseadas em relatos), existe uma miríade de procedimentos que podem ser utilizadas, como observação direta, avaliações baseadas em currículo de habilidades sociais e escalas de avaliação. Mayville (2013) defende que essas são medidas extremamente importantes para a ciência para identificar uma condição e definir o impacto das intervenções.

Além de uma identificar a importância das habilidades sociais, nota-se que o campo de pesquisa tem se sofisticado no que diz respeito às exigências de medidas e de inclusão de contextos. Para Mayville (2013), os pesquisadores da área definitivamente ainda não encontraram solução para esses fatores, mas existe um processo em construção que tem oferecido uma base melhor para seguir adiante.

A autora apresenta ainda dois pontos de significativa limitação das avaliações sugeridas: existem pouquíssimos estudos sobre ensino de habilidades sociais em ambiente natural e participantes adultos são lamentavelmente sub-representados na pesquisa.

Definição do problema de pesquisa

Uma revisão da literatura tem como propósito analisar a produção bibliográfica de uma área de conhecimento e sistematizar o conjunto de evidências relacionadas a intervenções específicas (Sampaio & Mancini, 2007). Esse tipo de pesquisa possibilita uma visão global de um tema específico, dentro de um recorte de tempo pré-determinado, a partir da análise crítica dos avanços da área; tendências de pesquisa; subtemas enfatizados, dentre outros (Moreira, 2004).

As revisões de literatura também possibilitam a identificação de lacunas na produção analisada e oportunidades para o surgimento de pesquisas relacionadas ao tema (Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

Identificou-se nos estudos anteriores a ausência de análise de algumas variáveis ou análise realizada assistematicamente como, por exemplo, uso de componentes adicionais para o ensino e utilização de manuais para basear a intervenção.

Partindo do propósito de evitar as limitações das revisões anteriores, pretende-se atualizar os dados de revisões anteriores, incluir novos estudos e sistematizá-los de forma a oferecer uma revisão da literatura de estudos publicados no período de 2006 à 2017 com o objetivo de analisar as variáveis relacionadas a estudos bem-sucedidos de ensino em grupo de habilidades sociais para pessoas com autismo.

A presente pesquisa pretendeu responder as seguintes questões:

1. Quais as variáveis metodológicas que estão associadas à eficácia das intervenções em grupo?
2. Há uma tendência de crescimento desse tipo de intervenção? Se houver, em que países?
3. A que tipo de participante autista tem sido dirigido o ensino em grupo bem-sucedido de habilidades sociais?

4. São apresentadas medidas de manutenção do comportamento, após o término da intervenção?

5. Há algum planejamento para a ocorrência de generalização do comportamento ensinado?

Método

Fontes de Dados

Para a seleção das bases de dados a serem utilizadas, primeiramente foram identificadas as bases de dados que haviam sido utilizadas nas revisões anteriores Cappadocia e Weiss (2011), (Reichow et al., 2012, McMahon et al., 2013, Miller et al., 2014, Spain e Blainey, 2015, Hotton e Coles 2016 e Gates et al., 2017). Foram encontradas 26 plataformas: *MEDLINE, EMBASE, CINAHL PLUS, PsycINFO, Academic Search Primer dabatases, Sociological Abstracts, ERIC, Social Science Citation, OCLC WorldCat, metaRegister of Controlled Trials, CENTRAL, EMBASE, CINAHL PLUS, PubMed e Web of Science*. Foram encontradas 24 plataformas: *MEDLINE, EMBASE, CINAHL PLUS, PsycINFO, Academic Search Primer dabatases, Sociological Abstracts, ERIC, Social Science Citation, OCLC WorldCat, metaRegister of Controlled Trials, CENTRAL, EMBASE e CINAHL PLUS*.

Na sequência, foram selecionadas as plataformas mais utilizadas nos diferentes estudos, (destacadas em negrito na Tabela 1). Excluindo-se os nomes que se repetiam, chegou-se ao total de quatro bancos de dados selecionados para serem utilizados como bases de dados na presente pesquisa. Assim, os bancos de dados selecionados foram: *MEDLINE, EMBASE, PsychINFO e ERIC*.

Tabela 1.

Identificação das plataformas utilizadas em cada estudo.

Número	Artigo	Plataformas
1	Cappadocia & Weiss (2011)	Não informado

2	Reichow, Steiner & Volkmar (2012)	MEDLINE EMBASECINAHL PLUS PsycINFO Sociological Abstracts ERIC Social Science OCLC WorldCat metaRegister of Controlled Trials.
3	McMahon, Lerner & Britton (2013)	PsyINFO
4	Miller, Vernon, Wu & Russo (2014)	PsycINFO PsychARTICLES ERIC
5	Spain & Blainey (2015)	MEDLINE PsycINFO CENTRAL
6	Hotton & Coles (2016)	PsyINFO EMBASE MEDLINE
7	Gates, Kang & Lerner (2017)	PsychINFO PubMed Web of Science

Definição de palavras-chave e descritores. A escolha das palavras-chave foi baseada nas palavras utilizadas nos estudos anteriores de revisão: *Autism spectrum disorder, Asperger syndrome, Autism, Group, Group interventions, interventions, group e group intervention*.

Uma vez que a busca em portais e bases de dados é organizada de acordo com descritores, isto é, palavras padronizadas indexadas pelos portais, todas as palavras-chave foram buscadas nos glossários *online Thesaurus of Psychological Index Terms* (APA) e DeCS (BVS). Ambas as ferramentas fornecem listas do vocabulário controlado de indexação de artigos nas áreas de ciências da saúde e psicologia, respectivamente (Abbud, 2015). Para encontrar os descritores relacionados ao problema de pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave selecionadas nos campos de busca dos glossários referenciados acima. Após ler cada um dos descritores, foram selecionados aqueles que tinham relação com a temática do presente trabalho (Tabela 2).

Foram recuperados oito descritores relacionados ao problema de pesquisa do presente trabalho, sendo quatro com as palavras-chave *Autism*, *Autism spectrum disorders*, *Asperger syndrome* e três com as palavras-chave, *Group e Group Interventions*. A palavra-chave *Interventions* recuperou descritores que não foram selecionados.

Tabela 2

Descritores selecionados com as palavras chave e totais

<i>Termo buscado</i>	Número de descritores encontrados/selecionados		Descritores/ termos relacionados selecionados	
	<i>Thesaurus of Psychological Terms</i>	DeCS	<i>Thesaurus of Psychological Terms</i>	DeCS
<i>Autism</i>	Encontrados (3) Selecionados (2)	Encontrados (3) Selecionados (2)	- <i>Autism Spectrum Disorders</i> - <i>Autism</i>	- <i>Autistic Disorder</i> - <i>Autism Spectrum Disorder</i>
<i>Autism Spectrum Disorders</i>	Encontrados (1) Selecionados (1)	Encontrados (0) Selecionados (0)	- <i>Autism Spectrum Disorders</i>	N
<i>Aspergers syndrome</i>	Encontrados (1) Selecionados (1)	Encontrados (0) Selecionados (0)	- <i>Aspergers Syndrome</i>	N
<i>Interventions</i>	Encontrados (1) Selecionados (0)	Encontrados (2) Selecionados (0)	N	N
<i>Group</i>	Encontrados (65) Selecionados (2)	Encontrados (122) Selecionados (0)	- <i>Group Interventon</i> - <i>Group therapy</i>	N
<i>Group Interventions</i>	Encontrados (0) Selecionados (0)	Encontrados (0) Selecionados (0)	N	N
<i>Número total de descritores selecionados</i>	6	2		

Procedimento de busca nas bases de dados. Os descritores distribuídos em quatro grupos, relacionados: a) aos participantes (por exemplo: autism e asperger syndrome) e b) ao tipo de intervenção (por exemplo: group interventions). Desta forma, o cruzamento dos descritores nas bases de dados será realizado de modo que o artigo contenha necessariamente ao menos um termo de cada grupo, em qualquer um dos campos de busca, como ilustra a Tabela 3.

Tabela 3

Procedimento de busca nas bases de dados selecionadas

Descritores e operadores booleanos (OR e AND) utilizados	
{Autism Spectrum Disorders} OR {Autistic Disorder} OR {Autism} OR {Asperger Syndrome}	AND
{Social skills} OR {Social communication}	AND
{Group intervention} OR {Group therapy}	

Critérios de inclusão e exclusão de artigos. Os critérios de inclusão aqui listados foram baseados nos critérios de inclusão contidos nas revisões e meta análises anteriores.

Serão incluídos todos os estudos: (a) que relatem no título e/ou no resumo uma intervenção focada no ensino de habilidades sociais, (b) cujos participantes são diagnosticados com Autismo, (c) cuja intervenção seja no formato de grupo de ensino, (d) que tenha no mínimo três pessoas participando da mesma intervenção, (f) nos quais os procedimentos descrevam instruções explícitas, discussão, e/ou prática de habilidades/competência social e não somente exponham uma atividade recreativa ou manipulações gerais do ambiente, (g) que sejam publicados em inglês ou português, (h) que sejam pesquisa aplicada, (i) publicados nos últimos 11 anos (2006 à 2017) e (j) publicados em periódicos científicos e, se tese ou dissertação, que estejam disponível *online*. Não serão selecionados relatos de intervenção ou estudo de caso.

Classificação das informações. Para seleção das informações, será efetuada a leitura integral das pesquisas. Para a organização dessas informações, será elaborada uma planilha no programa *Microsoft Excel 2007* (Apêndice A) contendo 12 categorias: 1) dados básicos do estudo; 2) participantes; 3) comportamento-alvo; 4) intervenção; 5) medida do comportamento; 6) resultados; 9) limitações; 10) generalização; 10) abordagem da intervenção segundo os autores e 12) uso de manuais.

As variáveis e respectivas categorias que serão utilizadas na análise dos artigos estão apresentadas na Tabela 4. É possível que essas sejam reformuladas após a coleta e análise de dados.

Tabela 4

Variáveis e categorias de acordo com as quais as informações selecionadas serão classificadas

Categorias	Variáveis e/ou definição
DADOS BÁSICOS DO ESTUDO	Referência completa do artigo segundo as normas da APA Filiação dos autores - locais, acadêmicos ou não, ao quais os autores responsáveis pela pesquisa eram filiados País de origem da pesquisa Periódico em que foi publicado Grau de impacto do período em que foi publicado
ABORDAGEM DA INTERVENÇÃO SEGUNDO O(S) AUTOR (ES)	Análise Aplicada do Comportamento Terapia Cognitivo Comportamental Psicoeducação Terapia Comportamental Dialética (DBT) Outras (Arteterapia, Musicoterapia, (PRT), Dramaterapia e Musicoterapia) S.I.
PARTICIPANTES	Quem recebeu a intervenção: Somente pessoas com TEA A pessoa com TEA e pessoas com outros diagnósticos A pessoa com TEA e outro (s) cuidadores A pessoa com TEA e pares neurotípicos A pessoa com TEA, neurotípicos e outros diagnósticos
	Diagnóstico principal dos participantes: completar com as possibilidades Asperger Autismo Autismo Atípico Autismo de alto funcionamento

Déficit de Atenção
Déficit de Atenção e Hiperatividade
Transtorno de Aprendizagem não verbal
Transtorno de Comportamento Disruptivo
Transtorno Invasivo de Desenvolvimento
Transtorno Invasivo de Desenvolvimento sem outra especificação
Transtorno Opositor Desafiador

Instrumentos utilizados para diagnosticar ou confirmar o diagnóstico dos participantes:

ADOS
ADIR
Outros (*Autonoma Scale for the Detection of Asperger Syndrome and High-Functioning Autism: Childhood Asperger Syndrome Test e Gilliam Asperger's Disorder Scale*)
S.I
Vineland

Comorbidades:

Descrição do diagnóstico secundário
Tinham comorbidade, mas não foram especificadas
Não havia pois este era um critério de exclusão
Sem Informação

Faixa etária dos participantes

0 a 12 anos – Criança
13 a 18 anos – Adolescente
19 anos ou mais – Adulto

Gênero dos participantes:

Só pessoas do gênero masculino
Só pessoas do gênero feminino
Pessoas de ambos os gêneros

Histórico de intervenções dos participantes:

Já recebeu intervenção comportamental em algum momento da vida
Já recebeu intervenção em outra abordagem
Já recebeu intervenção, mas a abordagem não foi especificada
Estava recebendo intervenção de profissionais de outras áreas da saúde (Fonoterapia, Integração Sensorial e/ou Fisioterapia)
Estava recebendo intervenção comportamental no momento do estudo
Estava recebendo intervenção de outra abordagem (que não a comportamental) no momento do estudo
Não estava recebendo outra intervenção no momento da pesquisa, mas o histórico anterior não foi informado
Nunca recebeu intervenção
S.I.

Tipo de educação escolar recebida pelos participantes:

Frequentavam escola regular
Frequentavam escola de educação especial
Frequentavam a universidade
Já haviam frequentado a universidade
Recebiam educação em casa
Estudo aponta que os participantes frequentavam lugares de estudo, mas não especificam se era regular ou especial

Sem Informação

Características do repertório inicial dos participantes:

Habilidades de brincar
Competência verbal
Habilidades acadêmicas
Independência na moradia
Tem ocupação profissional

QI:

Abaixo de 70
Acima de 70
Sem Informação
Outros (maior ou igual que 65)

Escalas utilizadas para aferir o QI:

Abbreviated Stanford Binet
Kaufman's Assesment Battery
Reynolds Intellectual Screening Test
Vineland
Test of Nonverball Intelligence
WASI
WISC
S.I.

Número de participantes por grupo:

Menos do que quatro pessoas
4 a 6 pessoas
Mais do que seis pessoas
Outros (ex: 4 à 7 e 3 à 6)

Número total de participantes do estudo:

3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 13; 15; 17; 18; 22; 25
26; 27; 28; 34; 35; 39; 44; 45; 46; 48; 49; 54; 55
65; 66; 68; 100; 110; 137; 220; 226; 296; 431

Número de grupos

Apenas 1 (grupo experimental)
Dois (grupo experimental e grupo controle)
Outros
Sem Informação

**COMPORTAMENTO-
ALVO**

Comportamento-alvo:

- 1) Fazer contato visual (compartilhar atenção)
 - 2) Iniciar e/ou manter conversação (apresentar-se para as outras pessoas, ouvir os outros, iniciar uma conversa, manter uma conversa, cumprimentar, responder perguntas abertas e fechadas, falar ao telefone, fazer comentários relevantes, não discordar ou criticar o outro, distinguir fatos de opinião, não assumir conclusões precipitadas, negociar com os outros, respeitar ponto de vista do outro, usar tom de voz adequado, recomendar mudanças de forma adequada, colocar-se no lugar do outro, compartilhar ideias, pedir ajuda, mostrar um item novo e identificar quanto entrar em uma conversa)
 - 3) Brincar (ser um bom anfitrião, aceitar que os amigos mudem de
-

brincadeira e/ou jogo, jogar de forma cooperativa, estabelecer regras da brincadeira em grupo, brincar simbólico, brincar de bola, brincar paralelamente a outros colegas, saber perder e ganhar, criar objetivos para a brincadeira, ajudar o parceiro de brincadeira, não criticar a jogada dos outros e “permitir” que os outros se divirtam)

4) Resolver problemas (identificar, definir o problema e solucioná-lo, lidar com diferentes consequências para soluções diferentes e resolver conflitos de outras pessoas)

5) Agir com segurança (falar somente com pessoas conhecidas, usar adequadamente a internet e ter cuidado com comportamentos arriscados)

6) Reagir adequadamente a situações de violência (identificar e reagir apropriadamente a *bullying* físico e oral)

7) Usar o humor (compreender piadas, contar piadas e rir quando apropriado)

8) Auto controlar-se (lidar com sensações de raiva, estresse e ansiedade, relaxar-se, auto monitorar-se, reagir a frustração, reagir a eventos ruins, saber perder e enfrentar situações difíceis)

9) Expressar emoções por meio de verbalizações e/ou por mímicas (nomear o que está sentindo, fazer expressões faciais adequadas a situação, identificar expressões corporais dos outros e comunicação não verbal, identificar e sentir-se bem-vindo)

10) Fazer amigos (escolher amigos apropriados, bons e maus momentos para fazer amigos, observar grupos para entender as regras e participar, ser educado, ir a encontros de amigos, ajudar amigos quando necessário – em momentos que não envolvem jogos -, comprometer-se com amigos, fazer e manter amigos, confortar amigos, encorajar amigos, identificar diferentes necessidades dos amigos de acordo com suas idades e sentir-se parte de um grupo)

11) Ser elegante (respeitar regras de etiqueta para encontros e jantares, elogiar, higiene pessoal, dizer por favor, obrigada e desculpa)

12) Identificar mensagens dúbias (cinismo, ironia e expressões idiomáticas)

13) Outros (avaliar ações, planejar ações, lidar com má reputação e fofocas, compreender o que é paranoia, compreender a consequência de suas ações, aumentar a auto-estima, fazer trabalhos em duplas, imitação motora, percepção social, identificar o ponto forte dos outros, fazer compras e manusear dinheiro)

14) Sem Informação

CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO	
1) Intensidade, duração e quantidade	<p>Intensidade do treino por semana: Uma vez na semana Duas vezes na semana Três vezes na semana Quatro ou mais vezes na semana</p> <p>Duração por sessão: Até 60min Acima de 60min</p> <p>Número total de sessões: Menos do que 10 sessões Até 10 sessões De 10 e 20 sessões Mais de vinte sessões</p>
2) Setting	<p>Casa: local de residência do/s participante/s Escola: local em que o/s participante/s recebiam ensino regular ou inclusivo Centro de atendimento: hospitais, instituições psiquiátricas ou acadêmicas em que o/s participante/s recebiam intervenção Ambiente aberto: ruas, supermercados, praças e outros ambientes de circulação de pessoas Ambiente simulado: ambientes escolares, institucionais ou virtuais que simulem o ambiente natural que o comportamento-alvo ocorria Sem informação: quando não foi relatado em qual local o procedimento foi conduzido</p>
3) Agentes de mudança	<p>Quem foram os agentes de mudança: Os próprios experimentadores Os responsáveis, fossem eles pais ou responsáveis legais Terapeutas (da equipe de pesquisa ou não) Professores Pares Outros (estudantes e auxiliares) S.I.</p>
4) Procedimento	<p>Procedimentos de ensino Ensino de tentativa discreta (DTT): ensino individualizado de comportamentos apropriados por meio de tentativas, cada tentativa é dividida na apresentação do comportamento a ser desempenhado, a resposta do participante, a liberação de uma consequência planejada e uma pausa para a apresentação da instrução seguinte Modelação: demonstração de um comportamento-alvo <i>Feedback</i>: comentários sobre o comportamento-alvo <i>Feedback</i> corretivo: comentários que descrevem os erros observados na emissão dos comportamentos-alvo de treino Intervenção mediada por pares: intervenções que utilizam como mediadores pares da mesma faixa etária com desenvolvimento típico Hierarquia de dicas: uso de dicas verbais, gestuais ou físicas que obedece uma sequência de acordo com o nível instrusividade Reforçamento: eventos subsequentes a emissão de uma resposta que podem aumentar a probabilidade futura da ocorrência da mesma Vídeo modelação: uso de modelos de comportamentos-alvo gravados em vídeo Dica: qualquer evento antecedente que aumente a</p>

possibilidade da emissão do comportamento-alvo
 Ensaio comportamental: obter uma descrição do comportamento e representar o comportamento-alvo
 Exposição gradual: expor o aluno gradualmente ao treino dos comportamentos-alvo
 Discussão: falar com o grupo sobre o comportamento a ser treinado
 Instrução direta: ensino programado no qual o conteúdo é dividido em uma série de pequenas unidades e as instruções são apresentadas sequencialmente
 Descrição do comportamento-alvo: descrever os passos necessários para a emissão do comportamento
 Instrução verbal: descrever vocalmente o que o aluno deve fazer
 Outros: apresentação de vídeo com exemplos inadequados, grupos de brincadeiras com adultos, apresentação da racional do treino e uso de dicas sobre quando usar, ensino explícito e ensaio cognitivo)
 Nomenclaturas pouco descritivas
 S.I.

5) Medida do comportamento

Medida do comportamento:

Direta – dados de observação do próprio comportamento
 Indireta – relato verbal, questionários, inventários e escalas

6) Delineamento utilizado

Delineamento entre grupos

Pré e pós teste com grupo controle
 Pré e pós teste sem grupo controle
 ECR

Delineamento quase-experimental

Uso de medida estatística

Delineamento de sujeito único

Delineamento de linha de base múltipla
 Reversão)

UTILIZAÇÃO DE MANUAL PARA APOIAR OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Sim
 Não

RESULTADOS

Quem foi responsável por avaliar o resultado da intervenção?

O experimentador
 Pais ou responsáveis pelos participantes
 Professores
 As pessoas com TEA
 Outro (observadores não especificados pelos autores)

Segundo relato do autor (es)

Eficaz
 Parcialmente eficaz

Qual instrumento foi utilizado para medir os resultados?

Child Behaviour Checklist
 Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)

Nisonger Child Behaviour Rating Form (N-CBRF)
Parent Satisfaction Survey adaptado (Tierney et al., 20087)
Social Responsiveness Scale (SRS)
Social Skills Assessment (TSSA)
Social Skills Improvement System (SSIS)
Social Skills Rating Scale (SSRS)
The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)
The Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

FOLLOW UP

Tempo de intervalo entre intervenção e avaliação da manutenção do comportamento:

Menos de um mês
Um a três meses
Três a seis meses
Seis a 12 meses
Mais de um ano

LIMITAÇÕES

Principais limitações do estudo, segundo relato dos autores:

(1) Falhas metodológicas:

1.1 Do procedimento (ausência de grupo controle, divisão de participantes não randomizada, ausência de uso de manual para garantir consistência da intervenção, não isolamento das VI's, ausência de dados de partes da intervenção, extensão do procedimento – muito curto ou muito longo-, integridade do procedimento ausente, ausência de controle de variáveis espúrias - falta de controle do uso de medicamentos e tratamentos adicionais – e frequência do uso de sondas insuficiente.

1.2 Referentes aos participantes (tamanho da amostra, faltas excessivas dos participantes, definição do diagnóstico, amplitude das classes sociais, repertório do participante, inclusão de apenas um dos gêneros)

1.3 Do setting (lugar com muita movimentação e/ou ruído).

1.4 Do uso de relato verbal (uso de relato verbal - dado sem observação direta, pouca confiabilidade e ausência de um avaliador independente, ausência do acompanhamento dos professores e/ou pais conforme solicitado pelos experimentadores)

2) Ausência de medida de Generalização (procedimento ausente ou insuficiente, só em um ambiente ou só com uma pessoa, insuficiente para o ensino das habilidades pretendidas e ausência de treino de pais e irmãos)

3) Ausência de *follow-up*

4) Ausência da validade social (ausência de dados sobre a aceitabilidade da intervenção para as famílias)

5) Instrumento utilizado (uso de escala não sensível)

6) Outros (custo da intervenção)

7) O estudo não apresentou limitações segundo o autor

8) S.I.

Acordo entre observadores e Integridade na classificação dos estudos nas variáveis e categorias

Como forma de garantir a integridade e confiabilidade do procedimento utilizado para a categorização dos estudos, um pesquisador independente foi instruído pela pesquisadora do presente trabalho e realizou a leitura, categorização e análise de 30% do total dos estudos encontrados, sorteados randomicamente pela *online* (<http://randomnumbergenerator.intemodino.com>) geradora de números aleatórios.

Após a categorização da amostra de estudos, os resultados obtidos pelo pesquisador independente foram comparados com os resultados obtidos pelo pesquisador por meio do cálculo do índice de concordância total, concordância em cada estudo e concordância em cada variável. Este índice foi calculado dividindo-se o número de concordâncias pela soma do número de concordâncias e discordâncias, após esta divisão o resultado foi multiplicado por 100.

O índice total de concordância foi 98,2%. Na Tabela 5 são apresentados os resultados por variável e, na 6, por estudo.

Tabela 5

Índice de concordância em porcentagem entre pesquisadores por variável e por estudo.

1	Dados básicos do estudo	100%
2	Abordagem da intervenção segundo o(s) autor (es)	100%
3	Quem recebeu a intervenção	100%
4	Diagnóstico dos participantes	100%
5	Instrumentos utilizados para o diagnóstico dos participantes	100%
6	Comorbidades	100%

7	Faixa etária dos participantes	100%
8	Gênero dos participantes	100%
9	Histórico de intervenções dos participantes	100%
10	Tipo de educação escolar recebida pelos participantes	100%
11	Características do repertório inicial dos participantes	100%
12	QI	100%
13	Escalas utilizadas para avaliar QI	100%
14	Número de participantes por grupo	100%
15	Número total de participantes do estudo	100%
16	Número de grupos	100%
17	Comportamentos-alvo	100%
18	Duração do treino por sessão	100%
19	Número total de sessões	100%
20	Intensidade do treino por semana	100%
21	Número total de sessões	100%
22	<i>Setting</i>	100%
23	Agentes de mudança	92,8%
24	Procedimento de ensino	100%
25	Medida do comportamento	100%
26	Delineamento utilizado	100%
27	Utilização de manual para apoiar os procedimentos adotados	100%
28	Resultados	78,5%
29	Qual instrumento foi utilizado para medir os resultados?	100%
30	Quem foi responsável por avaliar o resultado da intervenção?	100%
31	Foram programadas contingências para que o comportamento-alvo ocorresse sob controle de condições ambientais extra experimentais?	85,7%
32	Tempo de intervalo entre a intervenção e a avaliação da manutenção dos resultados?	100%
33	Principais limitações do estudo, segundo relato dos autores	78,5%

Tabela 6

Índice de concordância em porcentagem entre pesquisadores por estudo. Os estudos estão numerados de acordo com a ordem em que foram inseridos na tabela de organização (Apêndice A)

1	Bonete, Calero & Fernández-Parra (2014)	100%
5	Pugliesi & White (2013)	100%
7	Frankel, Myatt, Sugar, Whitham & Gorospe (2010)	100%
9	Yoo, Bahn, Cho, Eun-Kyung, Kim, Lee, Seo, Bong, Cho, Shin, Kim, Kim, Park & Laugeson (2014)	96,9%
14	Guli, Lerner, Semrud-Clikeman & Britton (2012)	93,9%
24	Koning, Magil-Evans, Volden & Dick (2013)	100%
25	Dick, Lerner & Mikami (2012)	93,9%
26	Stichter, Herzog, Visovsky, Schmidt, Randolph, Schultz & Gage (2010)	100%
29	Leaf, Dotson, Oppenheim, Sheldon & Sherman (2010)	100%
33	Minne & Semrud-Clikeman (2012)	100%
35	Epp (2008)	93,9%
38	Wolfberg, DeWitt, Young & Nguyen (2014)	100%
46	Ichikawa, Takahashi, Ando, Anke, Ishizaki, Yamaguchi & Nakayama (2013)	96,9%
47	Freitag, Jensen, Elsuni, Sachse, Hepertz-Dahlmann, Schulte-Ruther, Hanig, Gontard, Poustka, Schad-Hansjosten, Wenzl, Sinzig, Taurines, Geißler, Kieser & Cholemkery (2016)	96,9%

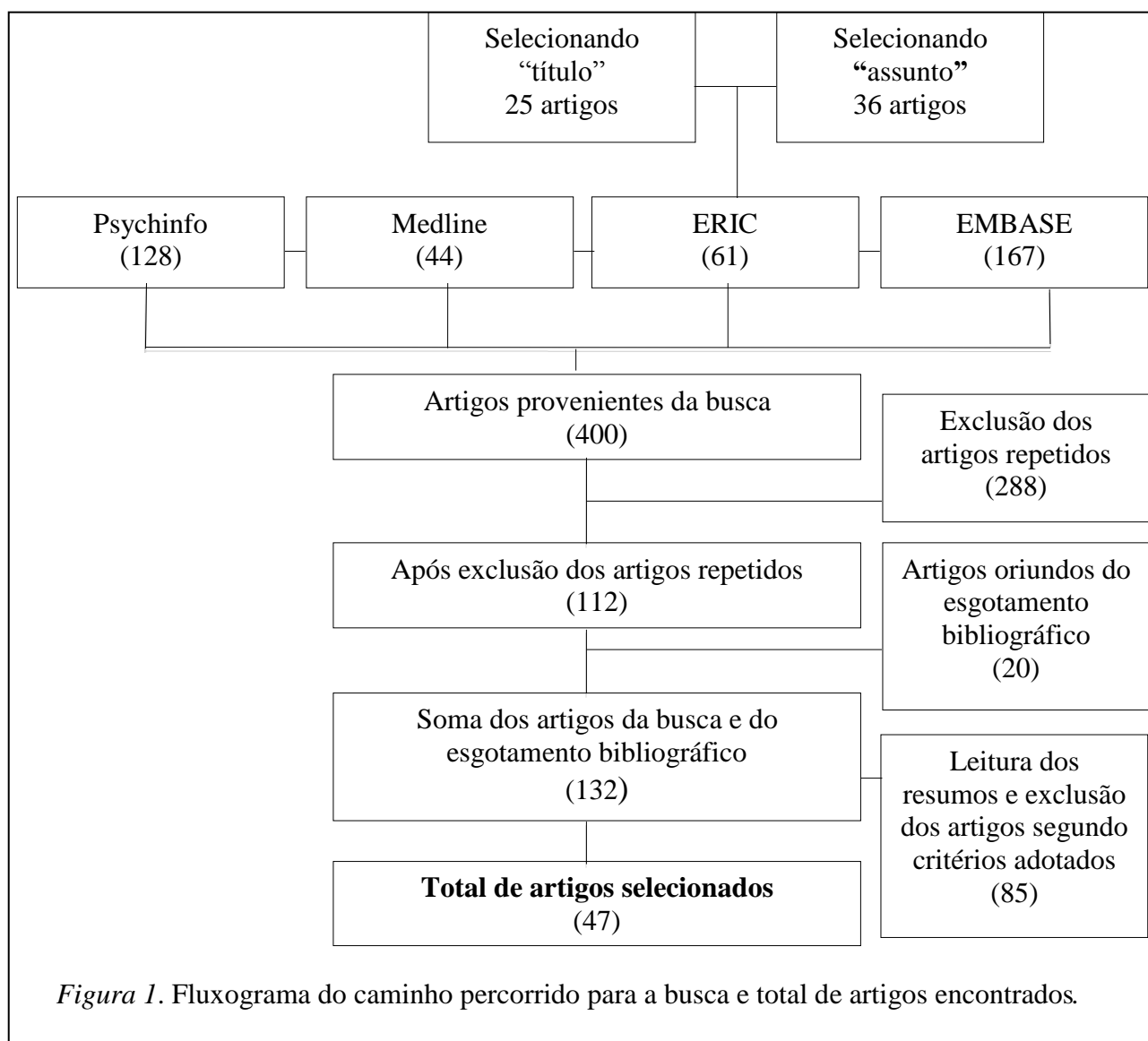
O índice de concordância da variável “classificação das limitações” e “resultados” ficou abaixo de 80%, o que é considerado insatisfatório. Ainda que as nomenclaturas propostas tenham sido elaboradas com o objetivo de evitar a sobreposição dessas classificações, a extensa lista de limitações dos estudos inclusos, somados ao curto período de tempo para treinar as classificações com pesquisador independente, impossibilitou instrução presencial realizada pela autora da pesquisa. Estes fatores contribuíram para o baixo índice de concordância.

Todavia, a classificação dos “resultados”, que incluía apenas duas nomenclaturas, o que hipoteticamente deveria tornar a tarefa simples por conta da menor variedade de classificações, foi insatisfatória. Uma possível hipótese está relacionada com a extensão do processo de categorização, que envolveu mais de 30 variáveis para mais de 10 estudos, o que pode ter sido complexo para a pesquisadora adicional.

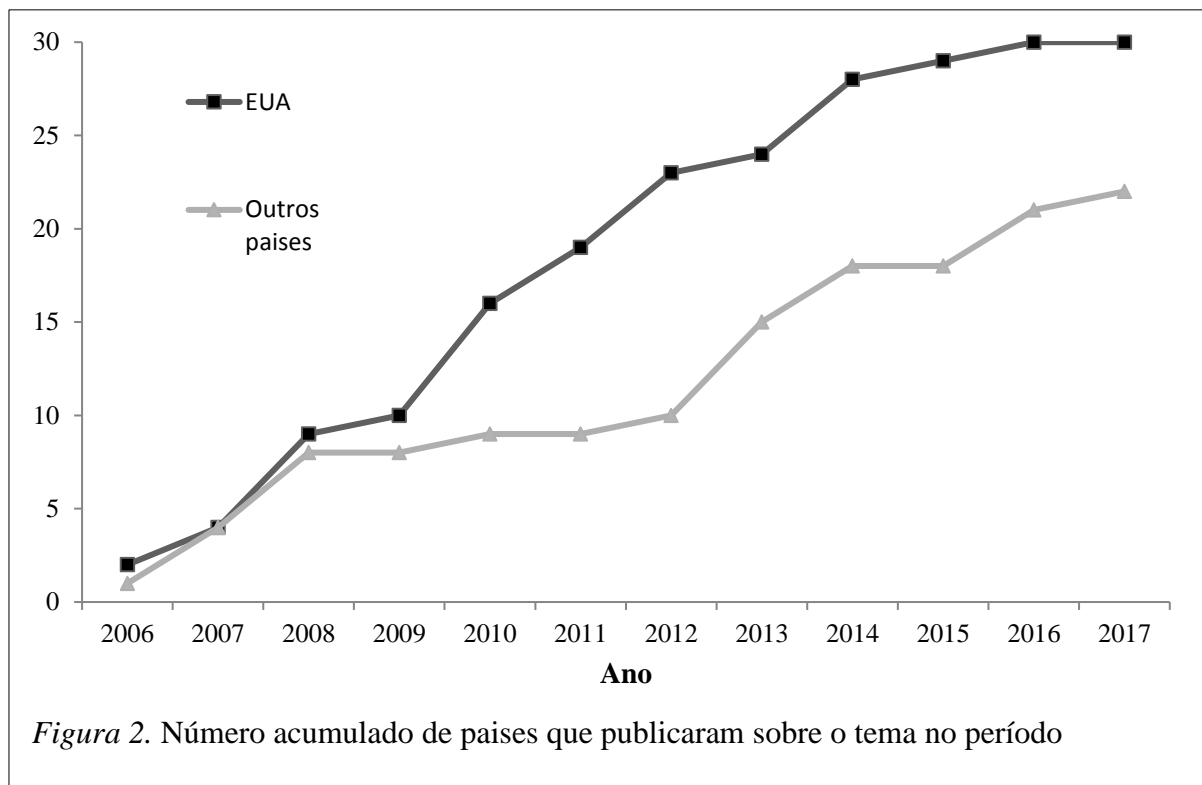
Resultados e Discussão

A busca dos estudos desta revisão (incluindo esgotamento bibliográfico por meio de consulta às referências de cada pesquisa), ocorreu entre os dias 15 de Fevereiro e 15 de Agosto de 2016. A Figura 1 apresenta o fluxograma utilizado durante a revisão da literatura, por meio do qual se verifica a identificação de 400 trabalhos oriundos das bases de dados e 20 trabalhos provenientes do esgotamento bibliográfico.

Após a exclusão dos trabalhos repetidos ou que não atendiam aos critérios de inclusão, foram selecionados 47 trabalhos que atendiam aos critérios de seleção, os quais haviam sido publicados entre os anos de 2006 e 2017, ampliando, desta forma, o período de abrangência. Devido às muitas possibilidades de combinação de descritores utilizadas e aos filtros aplicados nos campos de busca, foi encontrado um grande número de trabalhos repetidos, de outras áreas do conhecimento e de outras abordagens de intervenção que não a Análise do Comportamento. Vale ressaltar que não foram incluídos trabalhos de dissertação ou teses.



Uma questão que este estudo procurou responder refere-se a identificar a ocorrência de uma tendência no tempo da produção e na origem dessa literatura. Para procurar responder a essa questão, a Figura 2 mostra o total acumulado de trabalhos publicados na última década que envolvem grupos de treino de HS para pessoas com autismo. A informação de maior destaque na figura abaixo diz respeito ao número acumulado de artigos publicados por ano nos EUA. Destaca-se o fato de que as publicações de um único país são mais numerosas do que a soma dos demais 13 países.



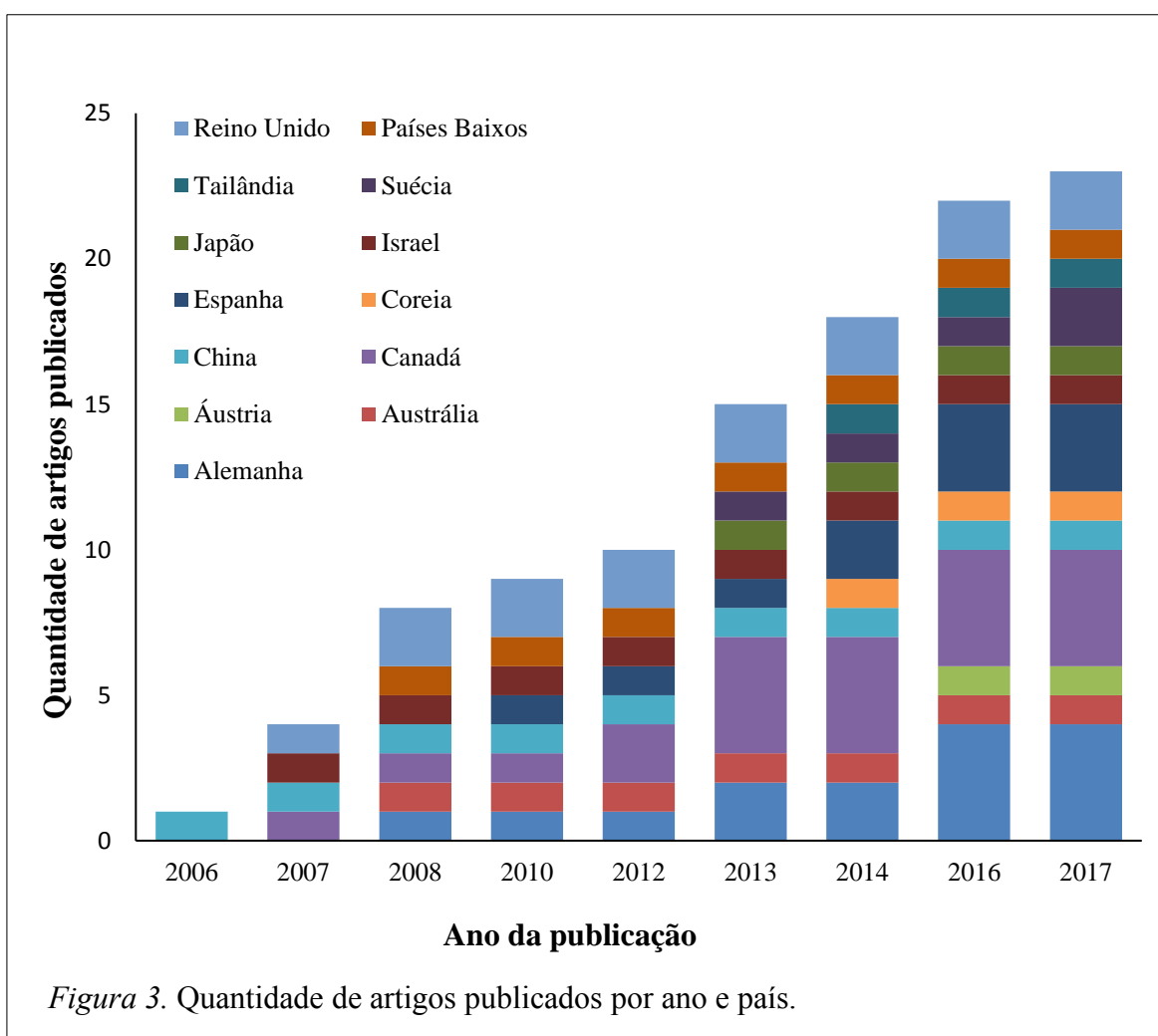
Observa-se nos EUA que o tema foi investigado pela primeira vez no ano de 2006, e o número de publicações manteve-se crescente até o ano de 2017 sem grandes períodos de hiatos de produção de literatura na última década. Acresce-se que, no período entre 2009 e 2012, o número de publicações realizadas nos EUA aumenta substancialmente (variando entre três ou quatro publicações a cada ano), enquanto o número de publicações dos outros países se mantém estável nos dois primeiros anos e somente em 2012 aumenta um único ponto.

Notam-se três períodos de aceleração nas publicações norte-americanas, acontecendo entre os anos de 2007 a 2008, 2009 a 2012, 2013 a 2014, respectivamente. Também se observa um período de pausa nas publicações a partir do ano de 2014. Nos demais países, os períodos de aceleração aconteceram em 2006 a 2008, 2012 a 2014, e 2015 a 2017. Depois dos períodos de aceleração observados até 2014, assim como acontece nas publicações dos EUA, observa-se um período de pausa. Todavia, após 2015 a aceleração volta a acontecer.

A fim de identificar a produção dos países cujas instituições produziram estudos na área de HS, foi elaborada a Figura 3. Nesta figura é possível constatar que a China (sem

contar os EUA) foi o primeiro país a publicar um artigo sobre grupos de treino de habilidades sociais no ano de 2006, seguida de Canadá, Países Baixos e Reino Unido no ano seguinte. Já a Suécia foi o último país a iniciar o trabalho com essa linha de pesquisa, o que aconteceu em 2013. Canadá e Alemanha destacam-se por terem publicado quatro estudos cada um, seguidos da Espanha, responsável por três publicações.

Os demais países, estando inclusos Austrália, Áustria, China, Coreia, Israel, Japão, Suécia, Tailândia, Reino Unido e Holanda, produziram a quantidade pouco expressiva de um ou dois artigos ao total.



A figura abaixo permite identificar os autores que escreveram dois ou três artigos, sendo Elizabeth A. Laugeson e Susan Williams White as autoras com o maior número de publicações. Ambas estão associadas a instituições norte-americanas.

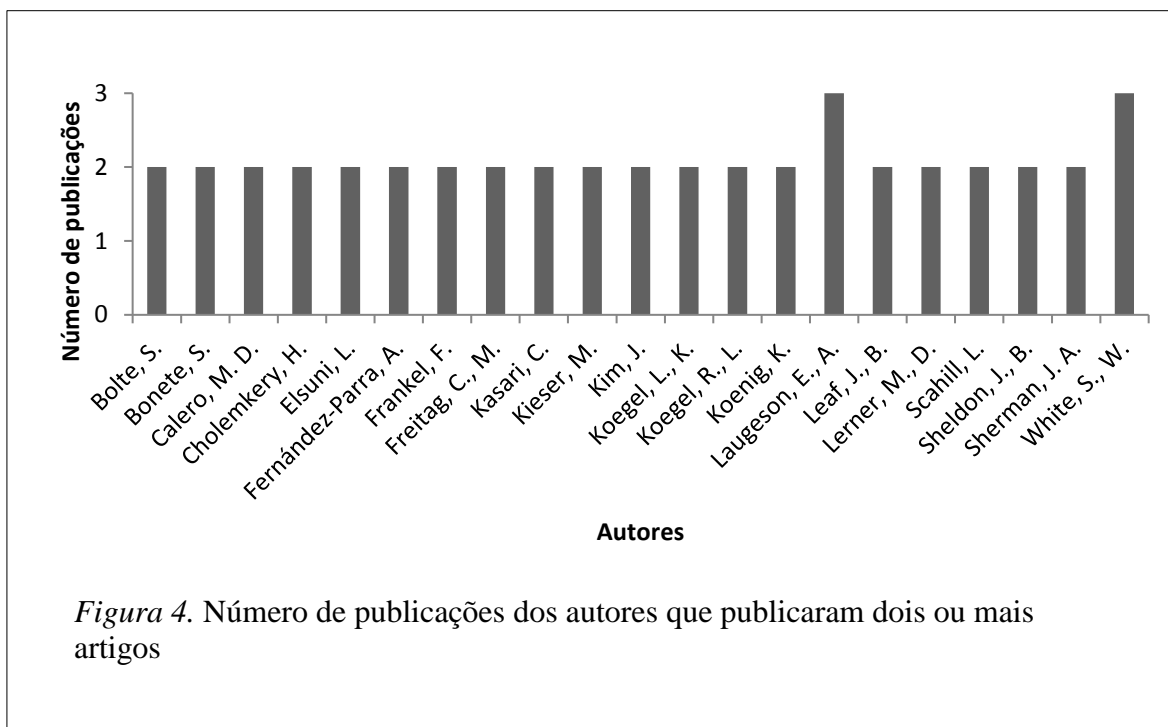


Figura 4. Número de publicações dos autores que publicaram dois ou mais artigos

Laugeson tem título de *Doctor of Psychology*, é professora na Universidade da Califórnia e coautora do manual de treino de habilidades sociais para adolescentes e jovens adultos, PEERS. Também é autora de dois livros de treino de habilidades sociais baseados em evidência (*The Science of Making Friends*, e *The PEERS-Curriculum for School-Based Professionals*), e do manual *Social Skills for Teenagers with Developmental and Autism Spectrum Disorders*, publicado no ano de 2013. White tem título de *Doctor of Philosophy in Educational Psychology and Learning Systems*, é professora assistente na Universidade Virginia Tech e autora do manual *Social Skills Training for Children with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism*, publicado no ano de 2013.

Outro interesse norteador da caracterização da presente revisão foi identificar os principais veículos nos quais os estudos foram publicados, e este resultado encontra-se representando na Tabela 7.

Tabela 7

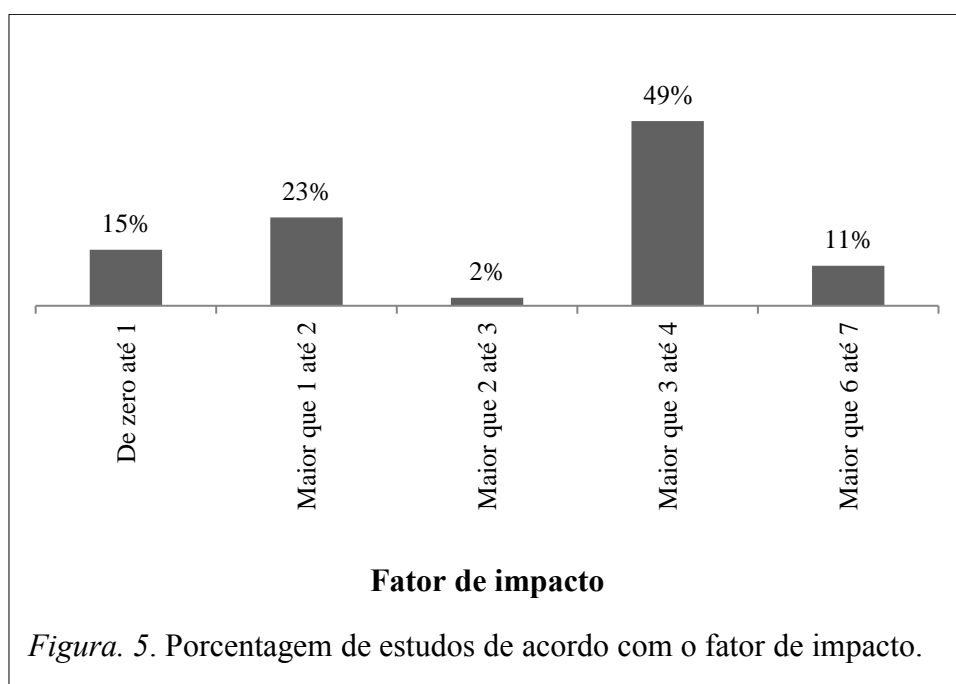
Número total de publicações encontradas por periódico

Nome do periódico	Número de artigos publicados
Asian Biomedicine	1
Autism	5
BioPsychoSocial	1
Children & Schools	1
Children's Health Care	1
Clinical Case Studies	1
European Child Adolescent Psychiatry	1
Focus on Autism and Other Developmental Disabilities	2
International Journal of Group Psychotherapy	1
International Journal of School & Educational Psychology	1
International Society for Autism Research	1
Journal of Autism and Developmental Disorders	15
Journal of Child Psychology and Psychiatry	4
Journal of Intellectual & Developmental Disability	1
Journal of Music Therapy	1
Journal of Positive Behavior Interventions	1
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry	1
Journal of the Canadian Academy of Child Adolescent Psychiatry	1
PSICOTHEMA	1
Research in Autism Spectrum Disorders	2
Research in Developmental Disabilities	1
The Arts in Psychotherapy	1
TRIALS	2
Total Geral	47

É possível constatar que o *Journal of Autism and Developmental Disorders*, revista americana, destaca-se dentre os demais, uma vez que foram encontrados 15 dos 47 artigos. Todos os outros 23 periódicos foram inexpressivamente representados com 1 ou 2 artigos, exceto *Autism Journal of Child Psychology and Psychiatry* (revista americana) e *Journal of Intellectual & Developmental Disability* (revista australiana), com cinco e quatro trabalhos, respectivamente.

O Fator de Impacto identifica a frequência média com que um artigo de um periódico é citado em um determinado ano, o que, segundo Garfield (1972a), seu criador, possibilita uma pesquisa de mercado sobre as revistas científicas, uma vez que essa classificação nos fornece dados referentes a quais revistas possuem mais prestígio acadêmico².

De acordo com a Figura 5, pode-se afirmar que 49% dos estudos selecionados, isto é, cerca de metade do material selecionado, foi publicado em revistas com F.I. de três a quatro pontos. Todavia, a interpretação do resultado produzido por essa medida deve ser ponderada, uma vez que outros critérios dessas publicações (como revisão por pares, por exemplo) devem ser levados em consideração.

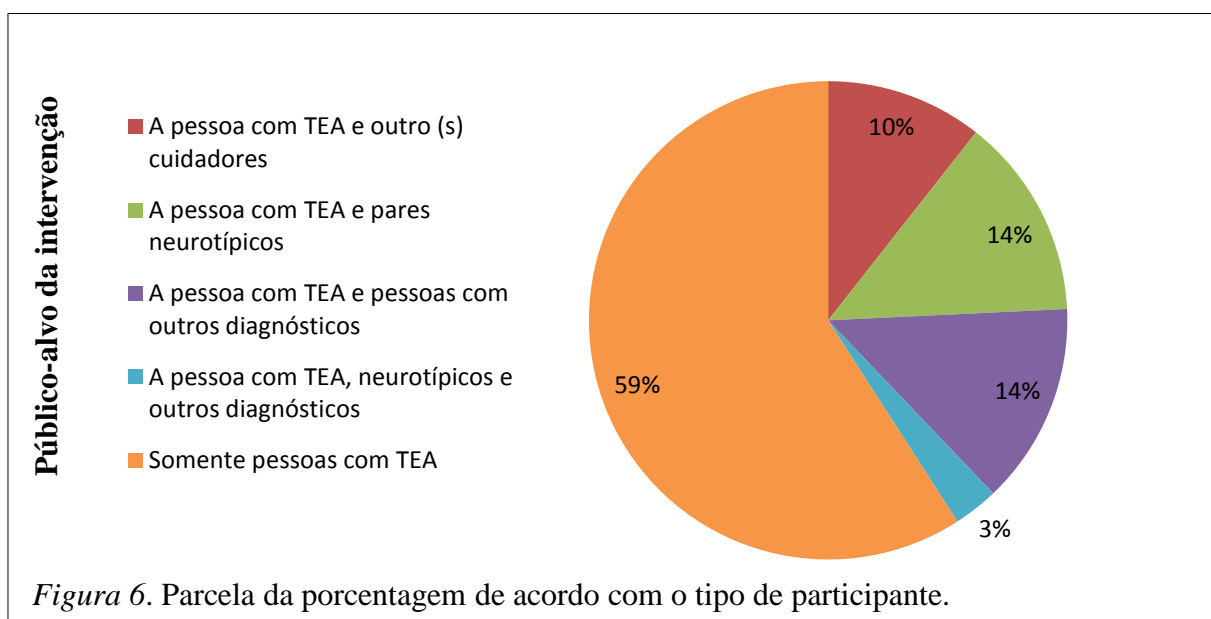


Com a finalidade de buscar maior qualidade metodológica na presente revisão, a caracterização dos participantes também foi considerada uma variável de análise. Para tal, foram analisadas informações sobre quem recebeu a intervenção, qual o instrumento utilizado para confirmação do diagnóstico utilizado na seleção dos participantes, a escala de QI

² Para saber se uma revista possui “bom” fator de impacto, basta compará-la com outras revistas dentro de sua categoria de assunto. Quanto maior o fator de impacto, mais bem classificada a revista é.

utilizada e pontuação alcançada, classificação de acordo com a faixa etária e gênero, informações sobre moradia e ocupação.

Ainda sobre o que diz respeito ao público das intervenções, 59% do total das publicações analisadas utilizaram somente participantes diagnosticados com TEA. Com o mesmo número de casos, foram utilizados 14% de participantes com TEA e pessoas com outros diagnósticos e 14% de participantes com TEA e pares neurotípicos.



Dado o fato de que as informações sobre o repertório dos participantes foram apresentadas de maneira heterogênea em cada estudo, foram criadas categorias que abrangem as características citadas (apresentadas na Tabela 8), a saber: número total de participantes, faixa etária, gênero e repertório de entrada.

Tabela 8

Características dos participantes dos estudos selecionados

N.	Estudo	Número total de participantes	Faixa etária	Gênero	Repertório de entrada
1	Bonete, Calero & Fernández-Parra (2014)	100	16-29	Ambos os gêneros	-
2	Dotson, Leaf, Sheldon & Sherman (2010)	8	13-18	Ambos os gêneros	-
3	Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon & Mogil (2012)	28	12-17	Ambos os gêneros	-
4	Palmen, Didden & Arts (2008)	9	12-25	Ambos os gêneros	Falavam frases complexas
5	Pugliesi & White (2013)	5	18-23	Somente pessoas do gênero masculino	-
6	Turner-Brown, Perry, Dichter, Bodfish & Penn (2008)	13	18-55	Ambos os gêneros	-
7	Frankel, Myatt, Sugar, Whitham, Gorospe, Laugeson (2010)	68	-	Ambos os gêneros	Mudam de assunto quando indicavam interesse em outro tema Jogam no mínimo dois jogos e obedeciam às regras
8	Tse, Strulovitch, Tagalakis, Meng & Fombonne (2007)	46	13-18	Ambos os gêneros	Falam sobre temas de seu interesse e verbalizavam objetivos para a intervenção
9	Yoo, Bahn, Cho, Kim, Kim, Min, Lee, Seo, Jun, Bong, Cho, Shin, Kim, Kim & Laugeson (2014)	55	12-18	Ambos os gêneros	Apresentam fluência verbal
10	Weiss, Viecilli, Sloman & Lunskey (2013)	35	8-14	Ambos os gêneros	-
11	Choque et al. (2017)	296	7-17	Ambos os gêneros	-
12	Bonete, Molinero, Mata, Calero & Gómez-Perez (2016)	22	7-12	Ambos os gêneros	-

13	DeRosier, Swick, Davis, McMillen & Matthews (2011)	15	8-12	Ambos os gêneros	-
14	Guli, Semrud-Clikeman, Lerner, & Britton (2012)	110	8-14	Somente pessoas do gênero masculino	-
15	Mathews, Erkfriz-Gay, Knight, Lancaster & Kupzyk (2013)	45	8-18	Ambos os gêneros	Seguem um número mínimo de instruções sem que seja necessário repetir mais de uma vez a demanda
16	Bauminger (2007)	26	Só informou a média de idade	Ambos os gêneros	-
17	Hesselmark, Plenty & Bejerot (2013)	54	18 anos para cima	Ambos os gêneros	Trabalham ou estudam durante meio expediente
18	Herbrecht, Poustka, Birnkammer, Duketis, Schilit, Schomötzer & Bölte (2008)	17	Só informou a média de idade.	Ambos os gêneros	Apresentam linguagem funcional
19	Ruble, Willis, Crabtree (2008)	6	9-12	Somente pessoas do gênero masculino	Entendem instruções verbais Completam escalas de avaliação Conduzem ensaio comportamental Respondem perguntas simples Falam frases completas de forma espontânea Sabem identificar objetivos do tratamento
20	Tyminski & Moore (2008)	39	5-16	Ambos os gêneros	-
21	White, Koenig & Scahill (2010)	15	11-14	Ambos os gêneros	-
22	Whyte, Nelson & Khan (2011)	10	7-12	Ambos os gêneros	-

23	Freitag, Cholemkery, Elsun, Kroeger, Bender, Kunz & Kieser (2013)	220	8-20	Ambos os gêneros	-
24	Koning, Magill-Evans, Volden & Dick (2013)	15	10-12	Somente pessoas do gênero masculino	-
25	Lerner & Mikami (2012)	13	Só informou a média de idade 11-14	Ambos os gêneros	-
26	Stichter, Herzog, Visovsky, Schmidt, Randolph, Schultz & Gage (2010)	27	11-14	Somente pessoas do gênero masculino	-
27	Beaumont (2008)	49	7-11	Ambos os gêneros	-
28	Chiangchana & Trakarnrung (2014)	3	Só informou a média de idade	Somente pessoas do gênero masculino	-
29	Leaf, Dotson, Oppeneheim, Sheldon & Sherman (2010)	7	4-6	Ambos os gêneros	Apresentam linguagem receptiva boa Respondem perguntas abertas e fechadas Falam sentenças completas Apresentam habilidade de brincar limitada ou boa
30	Cotugno (2009)	18	7-8 e 10-11	Ambos os gêneros	Demonstram boa linguagem e comunicação
31	Kasari, Freeman & Paparella (2006)	65	3-4	Ambos os gêneros	-
32	Block, Radley, Jenson, Clark & O'Neill (2015)	8	8-9	Ambos os gêneros	Demonstram linguagem expressiva e receptiva de acordo com a idade
33	Minne & Semrud-Clikeman (2012)	6	6-7	Ambos os gêneros	-
34	Owens, Granader, Humphrey & Syndrome (2008)	31	6-11	Ambos os gêneros	Team capacidade de falar em frases

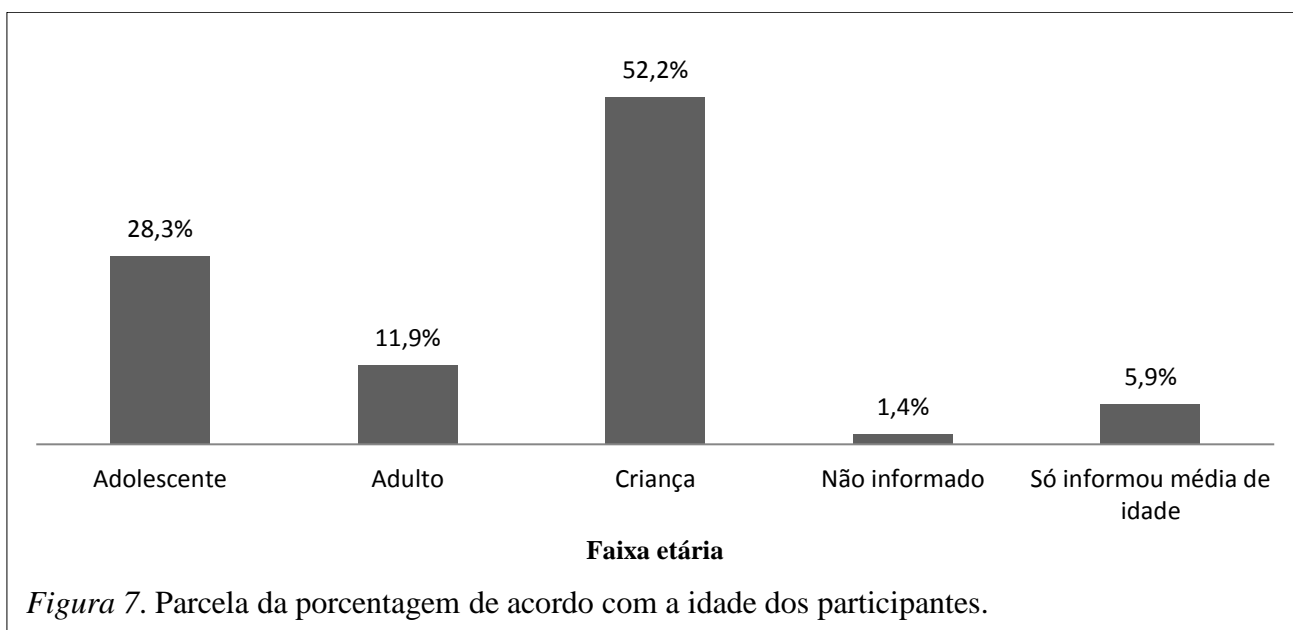
35	EPP (2008)	66	11-18	Ambos os gêneros	-
36	Chung, Reavis, Mosconi, Drewry Matthews & Tassé (2007)	4	6-7	Somente pessoas do gênero masculino	Tinham habilidades básicas de ouvinte e eram capazes de se engajar em no mínimo dois turnos de comunicação Leem, escrevem e possuem habilidades acadêmicas gerais
37	Tsang, Shek, Lam, Tang & Cheung (2006)	34	3-5	Ambos os gêneros	-
38	Wolfberg, Dewitt, Young & Nguyen (2015)	48	5-10	Ambos os gêneros	-
39	Kasari, Dean, Kretzmann, Shih, Orlich, Whitney, Landa, Lord & King (2016)	137	6-11	Ambos os gêneros	-
40	Koegel, Bradshaw, Ashbaugh & Koegel (2014)	3	3 anos	Somente pessoas do gênero masculino	Repertório de no mínimo 50 palavras funcionais, espontâneas e inteligíveis Todos são verbais e capazes de manter uma conversação com sintaxe e semântica apropriada
41	Koegel, Vernon, Koegel, Koegel & Paullin (2012)	3	9-12	Ambos os gêneros	-
42	Koenig, White, Pachler, Lau, Lewis, Klin & Sachill (2010)	44	8-11	Ambos os gêneros	-
43	LaGasse (2014)	17	6-9	Ambos os gêneros	-

44	Kroeger, Schultz & Newsom (2007)	25	4-6	Ambos os gêneros	Habilidades vocais variavam de não verbal a fluência verbal As crianças que eram consideradas fluente verbalmente conseguiram conversar, entretanto, sua fala ainda era perseverante, idiossincrática ou pareciam ensaiada A maior parte das crianças fazem pedidos de forma não espontânea usando de 1 a 5 palavras em média Competência verbal
45	Mackay, Knott & Dunlop (2007)	46	6-16	Ambos os gêneros	-
46	Ichikawa, Takahashi, Ando, Anme, Ishizaki, Yamaguchi & Nakayama (2013)	11	5-6	Ambos os gêneros	QI acima de 70.
47	Freitag, Jensen, Elsuni, Sachse, Hepertz-Dahlmann, Schulte-Rüther, Hänig, von Gontard, Poustka, Schad-Hansjosten, Wenzl, Sinzig, Taurines, Geißler, Kieser & Cholemkery (2016)	226	8-20	Ambos os gêneros	QI acima de 70

A partir dos dados apresentados na Tabela 8, pode-se observar que a maior parte das pesquisas foi realizada com pessoas de ambos os gêneros. A composição dos grupos teve, em sua maioria, participantes do gênero masculino, entretanto, Choque et al. (2017) destacam que, diferentemente de outros estudos com número ínfimo de participantes do gênero feminino, uma parte substancial de seus participantes eram deste gênero (contando com 88 do gênero feminino e 208 do gênero masculino). Vale destacar que nenhuma pesquisa dentre as escolhidas foi realizada com número superior de participantes do gênero feminino, dado que vai ao encontro com a epidemiologia do Autismo, que aponta que 75% dos indivíduos diagnosticados são do gênero masculino (APA, 2013).

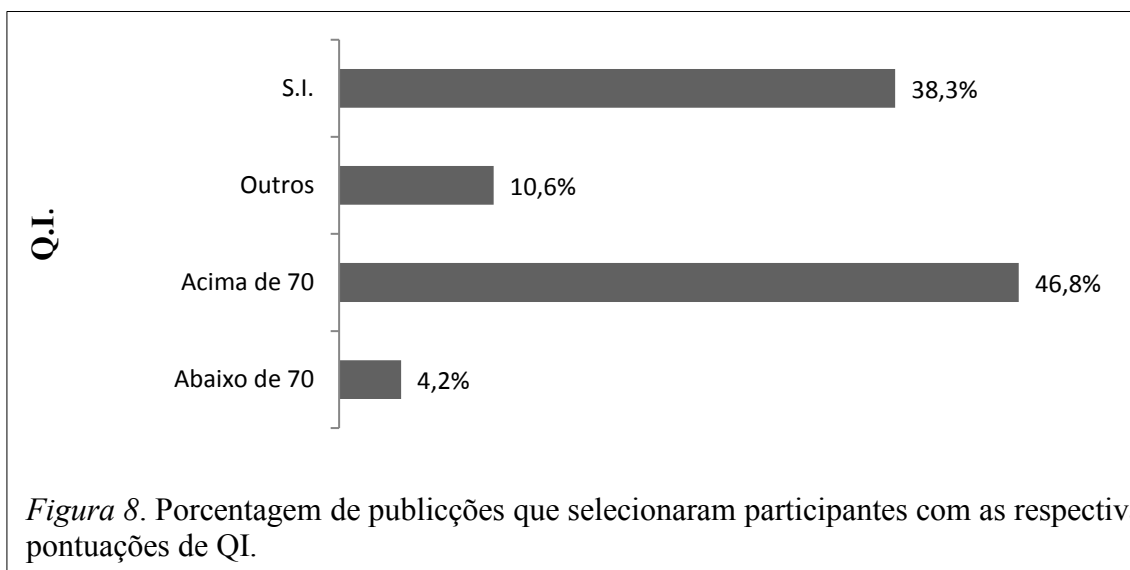
Dentre os 47 estudos, a quantidade de participantes selecionados para as pesquisas também apresentou grande variação, por exemplo: Koegel, Vernon, Koegel e Paullin (2012), Chiengchana e Trakarnrung (2014), e Koegel, Bradshaw, Asbaugh e Koegel (2014) contaram com três participantes em suas pesquisas, enquanto Choque et al. (2017) selecionaram 296 pessoas.

Os participantes inclusos tinham de três a 55 anos de idade – onde apenas a pesquisa de Turner-Brown, Perry, Dichter, Bodfish e Penn (2008) contou com participantes com mais de 29 anos de idade. Crianças, isto é, pessoas com idade entre 0 e 12 anos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são o grupo mais utilizado para as pesquisas sobre grupos de treino de HS, enquanto adultos consistem no grupo menos utilizado, tendo sido incluídos somente em sete pesquisas.

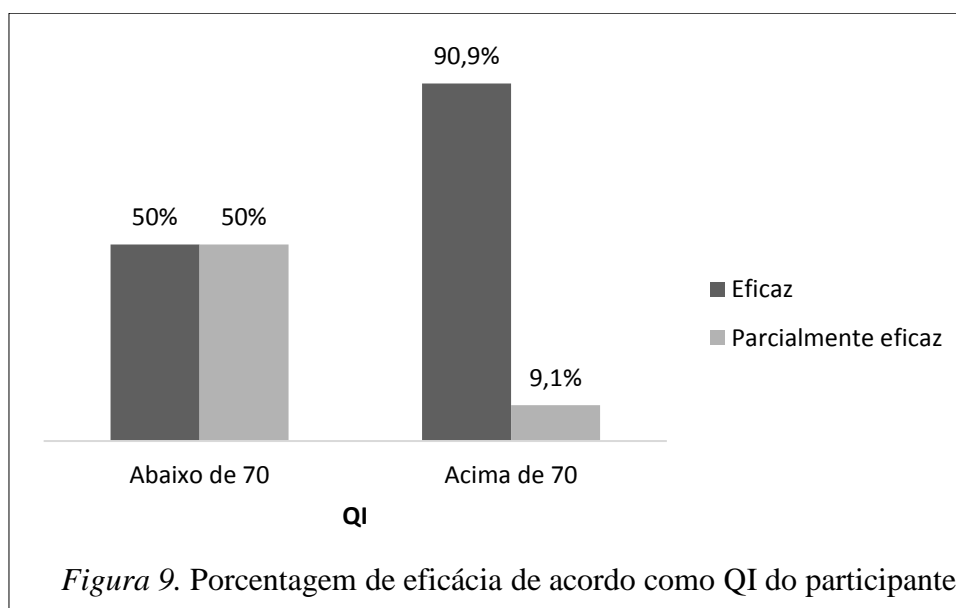


Observa-se na Figura 8 que quase a metade dos participantes selecionados (46,8% do total) tinham QI acima de 70 pontos. O mesmo critério de seleção de participantes foi observado nas pesquisas de Reichow et al. (2012) e Miller et al. (2014).

Ainda que não seja uma prática frequente dos analistas do comportamento, a aferição de QI pode oferecer dados que possibilitam a predição do prognóstico da intervenção aos TEA (Koenig et al., 2010).



Ao relacionar a pontuação de QI dos estudos em que o autor apresentou informações precisas (isto é, o dado bruto e não médias) referentes à pontuação alcançada com os dados alusivos à eficácia, os resultados sugerem que abaixo de 70 pontos ocorre pouca variação e acima dessa pontuação a eficácia das intervenções aumenta em função de uma pontuação de QI maior. Todavia, Klin e Saulnier (2007) argumentam que, além de avaliar o QI dessa população, é importante investigar o comportamento adaptativo das pessoas com TEA, pois representam variáveis que impactam a resposta à intervenção do tratamento e há uma ampla evidência de que os déficits de comportamento adaptativo em TEA de alto funcionamento são maiores do que seria previsto com base apenas nas escalas de inteligência.



Em grande parte dos estudos, a população-alvo recebeu o diagnóstico primário de Asperger (18 estudos) e/ou de Autismo (alcançando o total de 35 publicações). Vale destacar que as demais nomenclaturas para Autismo somente foram incluídas no presente trabalho porque até a quarta edição (APA, 2013) esses transtornos estavam incluídos no diagnóstico de TEA.

Tabela 9

Diagnóstico principal dos participantes.

Diagnóstico principal	Número de vezes que foi citado:
Asperger	18
Autismo	35
Autismo Atípico	3
Autismo de alto funcionamento	10
Déficit de Atenção	1
Déficit de Atenção e Hiperatividade	3
Transtorno de Aprendizagem não verbal	1
Transtorno do Comportamento Disruptivo	1
Transtorno Invasivo de Desenvolvimento	1
Transtorno Invasivo de Desenvolvimento sem outra especificação	9
Transtorno Opositor Desafiador	1

Em relação ao diagnóstico secundário identificados pelos autores, o transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi a comorbidade (diagnóstico secundário) mais recorrente, presente em seis pesquisas. Sete estudos definiram como critério de exclusão a presença de diagnósticos secundários no histórico médico dos participantes. Chama atenção o dado que apresenta 31 sem informações sobre as possíveis comorbidades. A ausência de informações acerca dos diagnósticos secundários dos participantes, pode prejudicar a avaliação dos resultados em termos de prognóstico a longo prazo (Matson & Nebel-Schwalm, 2006). Algumas condições podem ser mais facilmente distinguidas dos sintomas de TEA do que outras, como por exemplo, os transtornos de humor (Magnuson & Constantino, 2011). Já os sintomas comportamentais de TDAH podem ser confundidos com TEA, porém, segundo Mayes, Calhooun, Mayes e Molitoris (2012), embora os sintomas do TDAH sejam comuns no autismo, os sintomas comportamentais autistas não são comuns no TDAH.

Em relação aos transtornos de humor, deve salientar-se que identificar essa comorbidade é mais do que um exercício acadêmico. A depressão pode afetar negativamente os indivíduos, aumentando o risco de isolamento social e agressão, além de impactar os resultados da intervenção longo prazo (Magnuson & Constantino, 2011). Além disso, dado que as pessoas com TEA têm deficiências significativas na comunicação e no tato de eventos privados, estados subjetivos de tristeza, desesperança ou desinteresse podem ser extremamente difíceis de expressar. Nesses casos, o diagnóstico de depressão dependerá em grande parte de comportamentos observáveis por parte dos pais ou cuidadores.

Tabela 10

Diagnóstico secundário dos participantes

Diagnóstico secundário	Número de vezes que foi citado:	Porcentage m:
Alterações cromossômicas	1	(1,61%)
Ansiedade	2	(3,23%)
Apresentar comorbidades era um critério de exclusão do estudo	7	(11,27%)
Comportamento agressivo e impulsivo	1	(1,61%)
Deficiência Intelectual	1	(1,61%)
Déficit de Atenção e Hiperatividade	6	(9,66%)
Distimia	1	(1,61%)
Funcionamento Intelectual Borderline	1	(1,61%)
Hiperatividade	1	(1,61%)
Sintomas obsessivo compulsivos	1	(1,61%)
Síndrome de Cornelia De Lang	1	(1,61%)
Tinha comorbidade que não foram especificadas pelo autor	1	(1,61%)
Transtorno de Adaptação	1	(1,61%)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	2	(3,22%)
Transtorno Bipolar	1	(1,61%)

Transtorno Depressivo Maior	2	(3,22%)
Transtorno de Humor	1	(1,61%)
S.I.	31	(49,91%)

Considerando as comorbidades identificadas, elaborou-se a Tabela 10 para apresentar a porcentagem de procedimentos eficazes e parcialmente eficazes, de acordo com o diagnóstico dos participantes. Pode-se afirmar que o modelo de ensino em grupo e os vários procedimentos de ensino adotados foram eficazes para a maior parte das comorbidades identificadas, todavia, 100% dos estudos que envolveram participantes diagnosticados com Transtornos de Humor e Transtorno Bipolar produziram apenas resultados parcialmente eficazes. Cabe ressaltar que estes diagnósticos secundários estão caracterizados como se fossem duas categorias (Transtornos de Humor e Transtornos Bipolar), entretanto, o transtorno bipolar é uma subcategoria dos transtornos de humor descritos no DSM. O que nos leva à conclusão de que as limitações identificadas pelos diferentes autores, ainda que estejam descritas de maneiras diferentes, serão observadas nos casos de ambos diagnósticos.

Foram usados cinco tipos de instrumentos para realizar ou confirmar o diagnóstico dos participantes. O Sistema Diagnóstico de Observação do Autismo (conhecido pela sigla ADOS, em inglês) e a Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada (ADI-R, em inglês) se destacam por terem sido utilizados em 23 e 10 publicações, respectivamente. O uso de ambos instrumentos se tornou padrão-ouro para o diagnóstico de autismo, principalmente em pesquisas, a partir dos anos 1990 (Gadia, Tuchman, Rotta; 2004), o que pode conferir maior confiança na caracterização resultante desses instrumentos.

Tabela 11

Instrumentos utilizados para o diagnóstico dos participantes

Instrumento utilizado para o diagnóstico	Número de vezes utilizado:
ADOS	23
ADIR	10
Outros (<i>Autonoma Scale for the Detection of Asperger Syndrome and High-Functioning Autism; Childhood Asperger Syndrome Test e Gilliam Asperger's Disorder Scale</i>)	8
S.I.	22

Além do grau de comprometimento (que pode ser inferido a partir do diagnóstico primário e secundário), uma questão crucial para a replicação de qualquer experimento que lida com participantes diagnosticados com autismo refere-se ao repertório de entrada dos mesmos. Dado o fato de que as informações sobre o repertório dos participantes foram apresentadas de maneira heterogênea e pouco específica, foram criadas categorias que abarcaram (a) a competência verbal vocal (seguiram instruções, respondiam perguntas fechadas e abertas, mudavam de assunto quando o parceiro de conversação quisesse falar sobre outro tema, emitiam frases complexas de forma espontânea, repertório de no mínimo 50 palavras inteligíveis, fala com sintaxe e semântica adequada e respondiam escalas comportamentais), (b) o repertório de brincadeiras (brincavam de jogos de tabuleiro compatíveis com a idade ou não apresentavam limitações no brincar), (c) habilidades acadêmicas (habilidades como ler e escrever), (d) ocupação, e (e) independência na moradia (por indicarem melhor repertório de auto suficiência).

Tabela 12

Caracterização dos participantes nos diferentes estudos

Caracterização do repertório inicial dos participantes	Número de estudos:
(a) Competência Verbal	22
(b) Habilidades de brincar	4
(c) Habilidades acadêmicas	2
(d) Independência na moradia	1
(e) Ocupação	1

Vinte e dois estudos apresentaram informações sobre a competência verbal dos participantes, e em quatro pesquisas os participantes selecionados brincavam de jogos de tabuleiro compatíveis com a idade ou não apresentavam limitações no brincar. Duas pesquisas contavam com participantes com habilidades acadêmicas como ler e escrever.

Inicialmente levantadas como possíveis variáveis de análise no presente trabalho, informações sobre ocupação (remunerada ou não remunerada) e moradia (mora só, com amigos, com familiares e/ou com pares afetivos) não foram abordados por 46 artigos, ou seja, do total de publicações selecionadas, somente o artigo de Bonete, Calero e Fernández-Parra (2014) apresentou esse dado. Vale destacar que um mesmo trabalho pode ter seus participantes classificados em mais de uma categoria.

A experiência prévia e/ou atual com intervenções também foi considerada ao caracterizar os participantes utilizados nas pesquisas. Apenas quatro pesquisas contavam com participantes que estavam recebendo intervenção de outras áreas da saúde, como Fonoterapia, Integração Sensorial e/ou Fisioterapia; três pesquisas incluíam pessoas que estavam passando por outros modelos de intervenção que não terapia comportamental; e outras três contavam com participantes que já haviam recebido intervenção comportamental em algum momento da vida. Somente três estudos incluíram participantes que nunca haviam recebido intervenção até aquele momento. Participantes que, no passado, haviam recebido intervenção de outra

abordagem que não a comportamental e cuja intervenção, que recebeu no passado ou estava recebendo no momento do estudo, não foi especificada, foram investigados em quantidades pouco expressivas (apenas um estudo para cada uma das classificações descritas).

Ressalta-se que em 35 artigos não houve informações acerca do histórico de intervenção dos participantes. Assim, compreende-se que as informações descritas acima estavam dispostas em apenas 12 artigos.

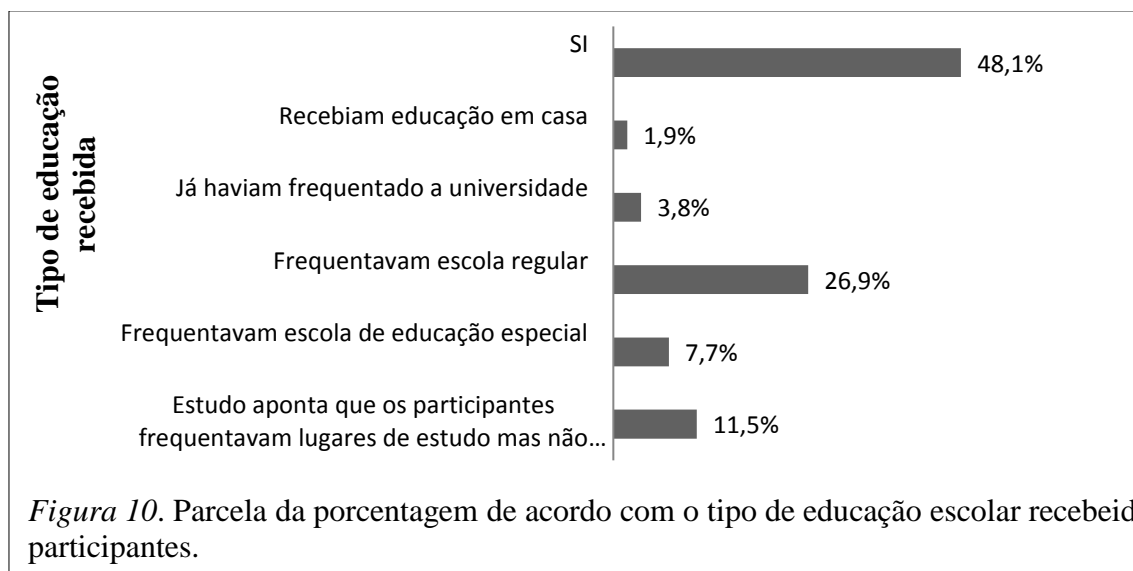
Tabela 13

Histórico de intervenção dos participantes selecionados

Histórico de intervenção:	Número de vezes que foi citado:
Já recebeu intervenção comportamental em algum momento da vida	4
Já recebeu intervenção em outra abordagem.	1
Já recebeu intervenção, mas a abordagem não foi especificada.	1
Estava recebendo intervenção de profissionais de outras áreas da saúde (Fonoterapia, Integração Sensorial e/ou Fisioterapia).	4
Estava recebendo intervenção comportamental no momento do estudo	1
Estava recebendo intervenção de outra abordagem (que não a comportamental) no momento do estudo.	1
Não estava recebendo outra intervenção no momento da pesquisa, mas o histórico anterior não foi informado.	1
Nunca recebeu intervenção.	2
S.I.	24

O tipo de educação escolar recebida pelos participantes também é um critério que possibilita acessar informações sobre o repertório de entrada dos mesmos. Das

pesquisas selecionadas 26,9% incluíram participantes que estavam matriculados em escolas regulares, entretanto, observa-se que quase metade dos estudos (48,1%) não apresentaram dados referentes a escolaridade dos participantes.



Com a finalidade de caracterizar o repertório de entrada dos participantes selecionados, foi possível observar o emprego de três tipos diferentes de escalas de QI: duas para avaliar inteligência e uma para avaliar os comportamentos adaptativos dos participantes. Dentre os 12 tipos de testes de QI empregados na totalidade dos trabalhos, destaca-se a Escala Wechsler de Inteligência para crianças (WISC) como o mais utilizado.

Tabela 14

Instrumentos utilizados para avaliar o repertório inicial dos participantes

Instrumentos utilizados:	O que mede:	Número de vezes utilizada:
Abbreviated Stanford Binet	QI	1
Kaufman's assessment battery	Desenvolvimento Cognitivo	4

(versões abreviadas e para

crianças)		
Reynolds Intellectual	Inteligência e memória	1
Screening Test		
Vineland	Comportamento Adaptativo	10
Test of Nonverbal Intelligence	Inteligência, Aptidão, Raciocínio abstrato e Resolução de problemas	1
WASI (III, IV, Preschool and	QI	6
Primary Scale of Intelligence		
e versão validada para o		
alemão)		
WISC (III, IV, R, Tradução	QI	16
em coreano)		
S.I.	-	34

O instrumento Vineland (Sparrow, Chicchetti & Balla, 2005), utilizado em 10 das pesquisas analisadas, consiste em uma Escala de Comportamento Adaptativo. Esta escala é o único instrumento utilizado na avaliação de entrada dos participantes cujos autores são responsáveis por produção de literatura em análise do comportamento. O estudo Yoo et al. (2014) utilizou uma versão Coreana da escala.

Uma questão crucial para a replicação de qualquer experimento que lida com participantes com autismo, refere-se ao repertório de entrada diagnóstico de TEA e os pré-requisitos necessários para o ensino.

Uma preocupação desta revisão foi identificar como os diferentes autores entendiam HS. Durante a leitura dos estudos selecionados, chamou-nos atenção o fato de que nenhum dos estudos definem o conceito de HS. Todavia, as pesquisas de Owens, Granader, Humphrey e Baron-Cohen (2008) e Beaumont e Sofronoff (2008) apresentam a definição de competência social, nomenclatura que muitas vezes é usada de forma

intercambiável com HS (Mayville, 2013). Owens, Owens, Granader et al. (2008) definem competência social como a habilidade de emitir comportamentos sociais desejáveis, que são fruto do processo de desenvolvimento social avançado. Segundo os autores, pessoas competentes socialmente possuem inteligência emocional para interpretar, receber e enviar mensagens afetivas.

A ausência da definição de HS torna necessário nos debruçarmos sobre quais comportamentos-alvos foram elencados nas pesquisas cuja proposta de intervenção consistia no ensino de habilidades sociais.

Na Tabela 15 são apresentados os comportamentos-alvo identificados nos trabalhos selecionados nesta revisão, entendendo que um mesmo trabalho pode ter tido mais de um comportamento-alvo como foco de ensino. Desta forma, eles foram divididos em 14 categorias, de acordo com as nomenclaturas adotadas nos manuais *Social Skills Solutions: A Hands-on Manual for Teaching Social Skills to Children With Autism* e *Social Skills Training For Children and Adolescents with Asperger Syndrome and Social-Communication Problems*.

Observa-se que o comportamento de iniciar e/ou manter conversação foi objeto da maior parte dos estudos, alcançando 22,8% dos trabalhos selecionados. O segundo e o terceiro comportamentos mais treinados foram expressar emoções por falas e/ou por mímicas e brincar, com 13% e 12,1% respectivamente.

A categoria “outros” contém comportamentos-alvo que não se enquadravam nas categorias descritas e cuja pequena ocorrência de estudos não justificou a definição de mais uma categoria (os mesmos tinham como objetivo o ensino de habilidades como avaliar e planejar ações, lidar com má reputação e fofocas, compreender o que é paranoia, compreender a consequência de suas ações, aumentar a autoestima, fazer

trabalhos em dupla, imitação motora, percepção social, identificar o ponto forte dos outros, fazer compras e manusear dinheiro).

Tabela 15

Comportamentos-alvo identificados nessa seleção de estudos

Comportamento alvo	Porcentagem de ocorrência:
Expressar emoções por falas e/ou por mímicas	13%
Iniciar e/ou manter conversação	22,8%
Brincar	12,1%
Fazer amigos	10,7%
Resolver problemas	9,4%
Auto controlar-se	8,9%
Ser elegante	6,7%
Outros	4,4%
Contato visual	3,5%
Reagir adequadamente a situações de violência	2,2%
Identificar mensagens dúbias	1,7%
Usar o humor	1,3%
Agir com segurança	0,9%
Reagir adequadamente com perdas e negativas	0,9%
S.I.	0,9%

Ao lado da identificação dos comportamentos-alvo tratados na presente revisão que permitisse a comparação com outros estudos, havia o interesse em identificar se existem especificidades ensinadas em um continente e/ou país específico. Com essa justificativa, a Tabela 16 apresenta a distribuição dos comportamentos ensinados nos diferentes países, dado que pode permitir uma melhor análise dos fatores culturais relacionados à escolha dos alvos de intervenção.

Comportamento alvo/País	Alema nha	Austrá- lia	Áustria	Canadá	China	Coreia	Espanha	EUA	Israel	Japão	Suécia	Tailândia	Holan- -da	UK
Agir com segurança				1		1		1						
Autocontrolar-se	4			3				12		1				
Brincar	3	1	1	1				17	1	1		1		2
Contato visual								3						1
Expressar emoções por falas e/ou por mímicas	3			5				16	1	2				1
Fazer amigos	4			1		2		15	1	1				
Fazer contato visual	1			1				2						
Identificar mensagens dúbias	1							2	1					
Iniciar e/ou manter conversa	4			5			3	31	1		2	2	1	2
Outros	1			1			1	5		1				1
Reagir adequadamente a situações de violência	1			1				3						
Reagir adequadamente com perdas e negativas							1	1						
Resolver problemas	3			2		1	3	8		1		1		1
S.I.													1	
Ser elegante	1			2		1		10						1
Usar o humor						1		2						

Uma vez decidido o que ensinar (comportamento-alvo), o pesquisador deve basear sua escolha por diferentes tipos de procedimentos a partir de sugestões da literatura e relatar claramente como a intervenção será ensinada. Todavia, observou-se pouca homogeneidade nas descrições dos procedimentos de ensino utilizados nos estudos selecionados, escassez de informações e/ou informações pouco descritivas.

Observa-se na Tabela 17 a quantidade de práticas identificadas por estudo:

Tabela 17

Total de práticas de ensino.

Tipo de prática		Total
1	Modelação	2
2	Dicas	6
3	Suporte visual	1
4	Videomodelação	1
5	Feedback	12
6	Feedback corretivo	2
7	Reforçamento	8
8	Treino de Tentativa Discreta (DTT)	2
9	Ensaio comportamental	27
10	Exposição gradual	1
11	Instrução direta	2
12	Discussão	5
13	Descrição do comportamento-alvo	2
14	Instrução e intervenção mediada por pares	1
15	Outros	6
16	Instrução verbal	1
17	Nomenclaturas pouco descritivas	3
18	SI	10

Um total de 10 pesquisas não descreveram os procedimentos de ensino utilizados e outras 3 apresentaram informações pouco descritivas (incluindo “estratégias comportamentais”, “educar de forma não punitiva” e “análise do comportamento”). Chama atenção, no entanto, o fato de que em somente oito pesquisas a utilização do reforçamento positivo foi descrita. Todavia, para que um comportamento se mantenha, é

preciso que o mesmo seja reforçado. Logo, podemos inferir que, mesmo os autores que não descreveram o seu uso, devem ter utilizado consequências positivas.

Um montante de 12 estudos não acrescentou informações acerca do *feedback*, e somente em dois estudos houve a especificação de “*feedback corretivo*” (comportamento que poderia ser classificado como um procedimento de correção que, provavelmente, incluía informar o certo e o errado da ação). Assim, a nomenclatura nos permite inferir que também poderia se referir ao uso de elogios após a resposta correta ser emitida, o que também seria classificado como uso de R+ (na forma de reforço social).

Outra questão para assegurar a qualidade metodológica do trabalho de pesquisa refere-se ao seu delineamento. A Tabela 18 foi elaborada de acordo com o tipo de delineamento descrito pelo autor.

Tabela 18

Tipos de delineamento descrito

	Porcentagem referente ao total de pesquisas:
Delineamento de grupo	
Pré e pós teste sem grupo controle	42,5%
Pré e pós teste com grupo controle	21,2%
ECR	19,1%
Quase-experimental	2,1%
Delineamento de sujeito único	
Linha de base múltipla (entre comportamento e entre os grupos entre participantes)	8,5%
(AB e ABCB)	6,3%
Quase-experimental	

Destacado como o delineamento mais frequente, o delineamento entre grupos com utilização de pré e pós teste (que no caso da presente pesquisa consistiam na implementação de escalas comportamentais) apresenta uma ameaça à validade do estudo, uma vez que as mudanças comportamentais não foram diretamente observadas.

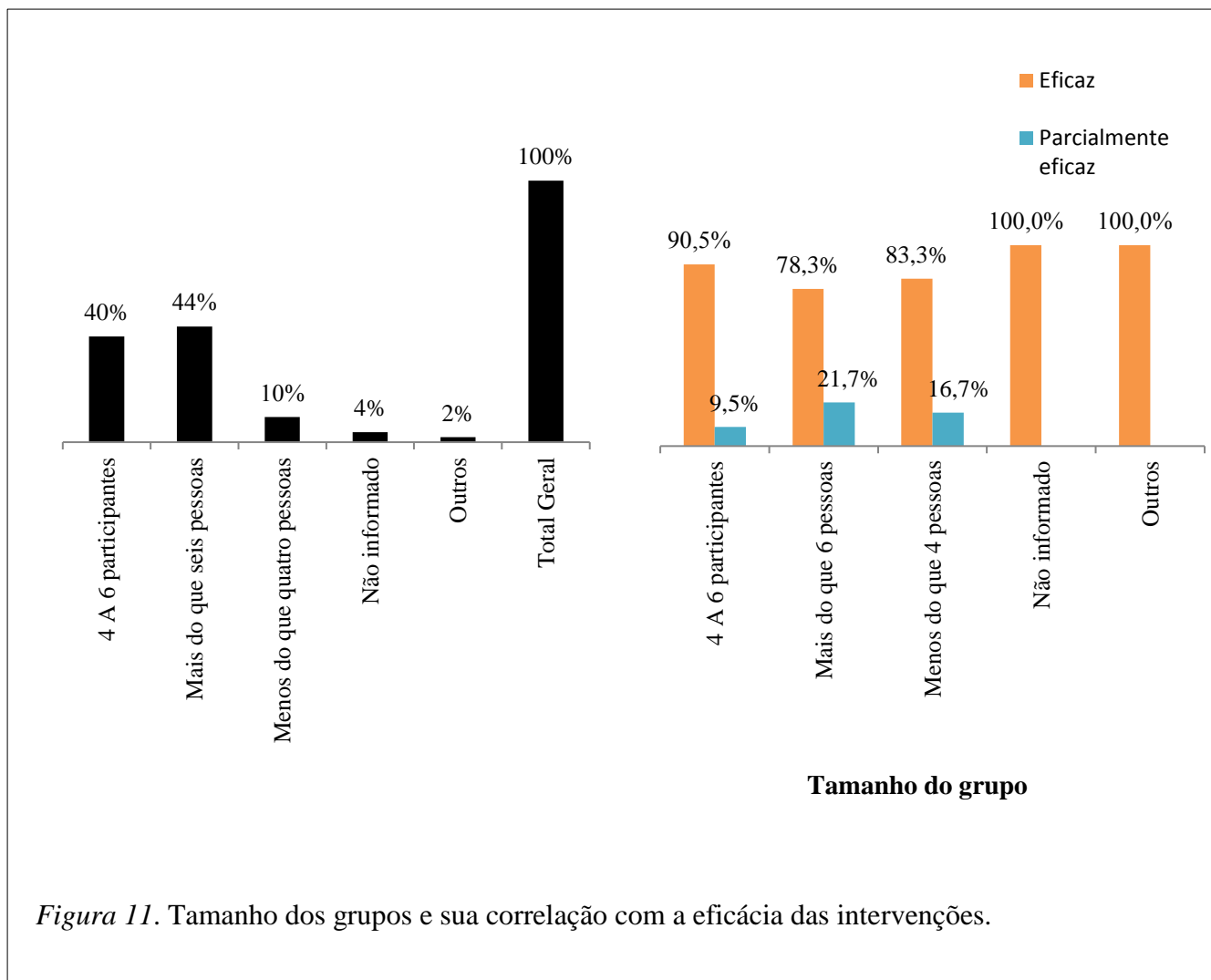
O desgaste do instrumento também pode ser uma das variáveis determinantes da mudança comportamento, uma vez que os que registram as respostas-alvo (sejam os próprios participantes ou outrem), podem ter sua motivação e engajamento alterados, por conta da exposição às mesmas escalas repetidas vezes (Campbell & Stanley, 1963). Observou-se nos artigos selecionados que, dentro dessa modalidade de delineamento existia variabilidade no que diz respeito à adoção ou não de um grupo controle, que compunham 21,2% e 42,5% respectivamente, todavia, a utilização de um grupo controle poderia garantir melhor precisão dos resultados.

Ainda que a adoção de ECR seja defendida como forma de prover evidência e aceitabilidade por alguns autores – como, por exemplo, Miller et al. (2014) e McMahon, et al. (2013), –, este modelo de delineamento só representou 19,1% do total de estudos desta revisão. Campbell e Stanley (1963) ressaltam que alocação randômica dos participantes é tão importante que somente os estudos que o fizeram podem ser considerados como *true experiments* (“experimentos verdadeiros”), e todos os demais delineamentos de pesquisa experimental passam a ser classificados como quase-experimentos (diferentemente do que a Análise do Comportamento defende). Sabe-se que na área das ciências comportamentais o controle experimental foi substituído pelo controle estatístico (Matos, 1990), e a Análise do Comportamento se destaca ao não adotar tratamentos estatísticos em suas pesquisas. Entre os argumentos utilizados para justificar este posicionamento está o fato de o comportamento ser um fenômeno característico de organismos individuais, que interagem de maneira única com o mundo. É a isso que se refere a expressão “usar o sujeito como seu próprio controle”, e é por isso que Skinner (1966) afirmou que preferia estudar um sujeito por mil horas a estudar mil sujeitos por uma hora. Este modelo de delineamento recebe o nome de “sujeito único”, que representou apenas 6,3% do total de pesquisas.

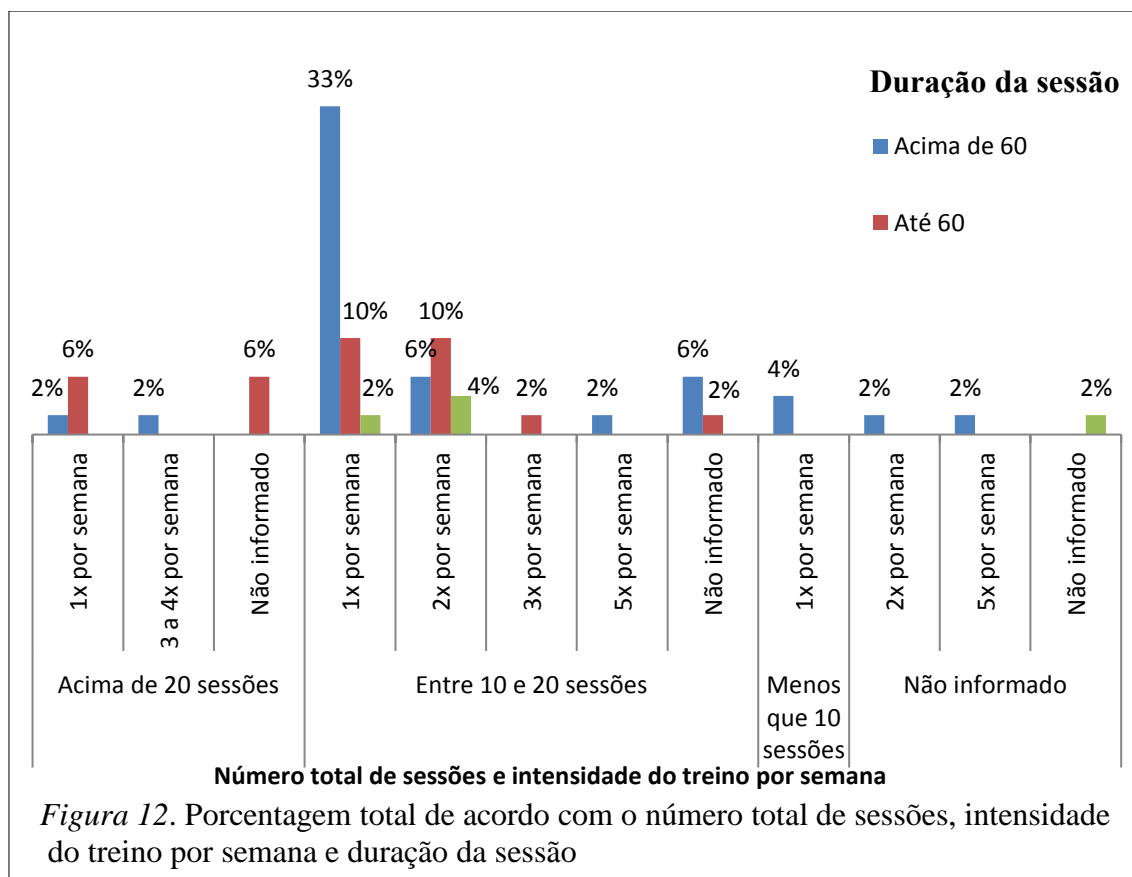
Em alguma medida, os delineamentos de sujeito único supõem a possibilidade de reversibilidade do comportamento quando a variável independente (VI) for retirada. Todavia, existem comportamentos que, uma vez aprendidos, são de difícil reversão ou a reversão é indesejável. Para estes comportamentos, o delineamento de Linha de Base Múltipla é apropriado. Dentre as pesquisas selecionadas na presente revisão, esse tipo de arranjo representou somente 8,5% dos estudos, o que vai ao encontro da modesta porcentagem de pesquisas cuja abordagem é Análise do Comportamento. A porcentagem das pesquisas de Análise do Comportamento será discutida no tópico que trata deste tema.

Além de informações acerca do procedimento de ensino, é importante acessar as demais informações da intervenção, como o tamanho do grupo de ensino, a intensidade e duração dos treinos, e componentes adicionais utilizados. Como podemos observar na Figura 11, em relação ao tamanho dos grupos, a porcentagem de pesquisas que utilizou de quatro a seis participantes e mais do que seis participantes foram semelhantes, alcançando 40% e 44%, respectivamente. Apenas 10% das pesquisas adotaram grupos com menos de quatro pessoas.

As pesquisas classificadas na categoria “outros” são as únicas intervenções da revisão com 100% de eficácia, que nos permitiriam identificar as idades dos participantes relacionadas com a eficácia, todavia, esse não é o dado mais importante passível de observação na Figura 11. Assim como identificado anteriormente por Miller et al. (2014), a tendência do uso de grupos contendo de quatro a seis participantes manteve-se, e também se pode afirmar que este é o tamanho de grupo que mais esteve relacionado com as intervenções cujos resultados foram avaliados como eficazes.

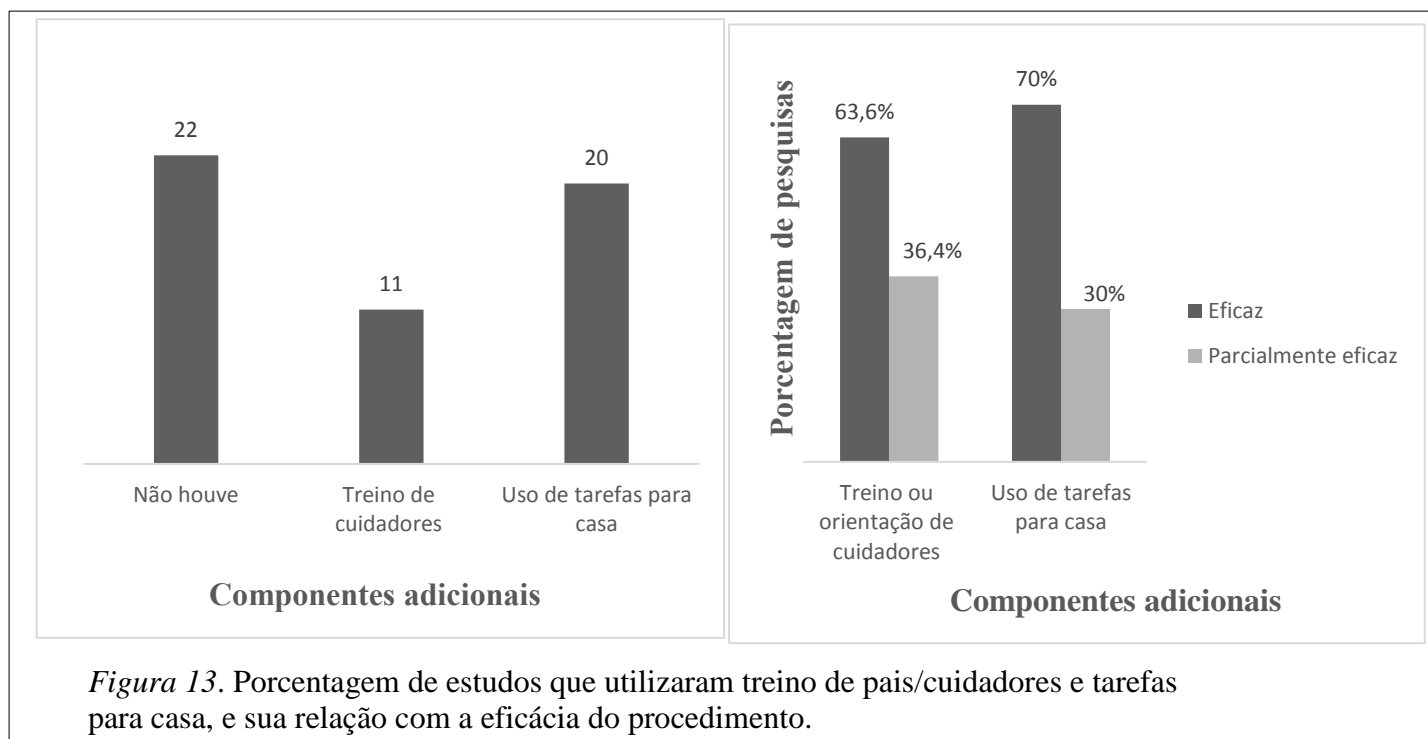


Já em relação aos demais aspectos relacionados as intervenções, a Figura 12 nos permite afirmar que os procedimentos implementados com duração de 10 a 20 sessões, por mais de 60 minutos em cada encontro e aplicado uma vez na semana são os mais frequentes. Observa-se que somente em duas condições específicas (intervenções com 10 a 20 encontros e que acontecem uma vez na semana, e intervenções com número de encontro maior do 20, também com encontros semanais) com, no máximo 60min de duração, parecem ser mais eficazes do que as demais. Os estudos que adotam menos de 10 encontros de treino somente produzem eficácia quando têm duração acima de 60min e são semanais.



O uso de treino de pais na implementação de procedimentos de tarefas para casa e treino ou orientação de pais, nomeados de “componentes adicionais” no presente trabalho, foram utilizados para promover a generalização das habilidades adquiridas para outros ambientes após o término da intervenção (Ingersoll & Gergans, 2007; McMahon et al. 2013). A nomeação de “treino” ou “orientação” é justificada pela ausência de informações descritivas acerca dos procedimentos de ensino utilizados nos grupos de pais que aconteciam em paralelo aos grupos de ensino dos TEA. Todavia, ainda que as pesquisas analisadas utilizem “orientação” ou “treino” como nomenclaturas intercambiáveis, chama atenção o fato de que somente 11 pesquisas adotaram este procedimento, uma vez que poderiam contribuir para a generalização do comportamento ensinado. É de extrema importância que familiares e cuidadores sejam treinados para aplicação dos princípios comportamentais, uma vez que poderão consequenciar apropriadamente os comportamentos do paciente em contexto natural, o

que permite superar os limites impostos pela impossibilidade de o experimentador estar em tempo integral com o paciente (Zamignani, Banaco & Wielenska, 2007b). Dessa forma, o número ainda reduzido de estudos em que familiares foram treinados aponta a necessidade de que essa capacitação componha uma proposta de intervenção analítico-comportamental para o treino de HS.



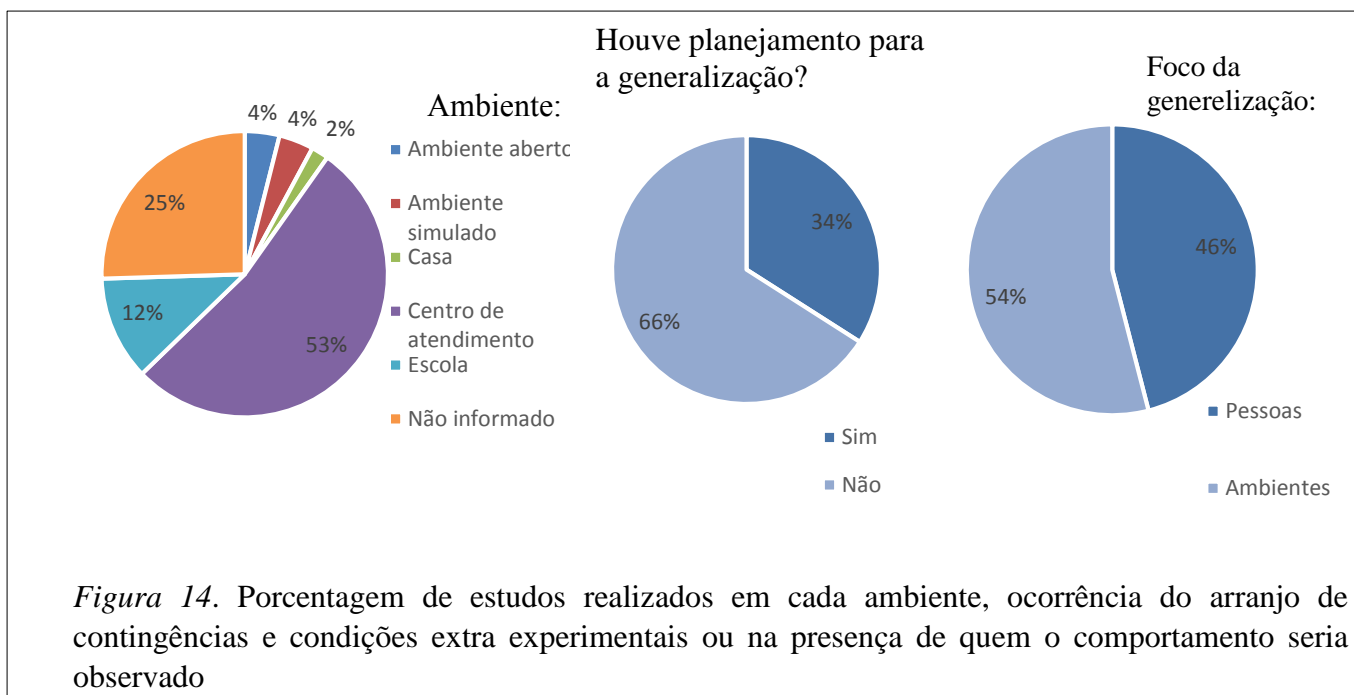
Levando em consideração somente as pesquisas que utilizaram componentes adicionais, as pesquisas eficazes alcançaram porcentagens altas (como 63,6% e 70%) para ambos componentes.

O término da caracterização das intervenções apresentadas se dirige para a identificação dos agentes de mudança utilizados nos trabalhos. Os mais comuns foram os terapeutas, com ocorrência em quase metade dos estudos (48%), no entanto, não houve clareza na descrição dos autores se o terapeuta era um membro da equipe de pesquisa ou não. Um total de 13% das pesquisas não especificou os agentes de mudança

da intervenção, e 17% das publicações contou os pesquisadores trabalhando como agentes de mudança.

Ainda caracterizando as intervenções, dos cinco ambientes físicos utilizados para o treino das habilidades listadas acima, o mais comum foi o “Centro de atendimento”, categoria que engloba locais como hospitais, instituições acadêmicas ou clínicas em que o(s) participante(s) recebia(m) intervenção. A porcentagem de trabalhos que não apresentaram informações sobre o *setting* (25%) foi maior do que a soma dos demais *settings* utilizados (com exceção dos centros de atendimento).

Nesse sentido, nota-se o fato da totalidade dos artigos selecionados ter sido descrita de forma genérica e pouco minuciosa, uma vez que ao descrever os ambientes os autores não apresentaram informações detalhadas sobre características materiais presentes no *setting*, de modo que fosse possível uma replicação. Assim, as descrições das condições apresentadas nos 47 artigos foram consideradas insuficientes, uma vez que não possibilitaram a identificação de particularidades do ambiente físico em que a intervenção foi conduzida ou os materiais utilizados (por exemplo, a pesquisa de Weiss, Viecilli, Sloman & Lunsky de 2013) apenas informa que o estudo foi conduzido em um hospital, mas não especifica se os grupos aconteciam em um espaço aberto, em uma sala específica ou quais materiais foram utilizados durante a intervenção).

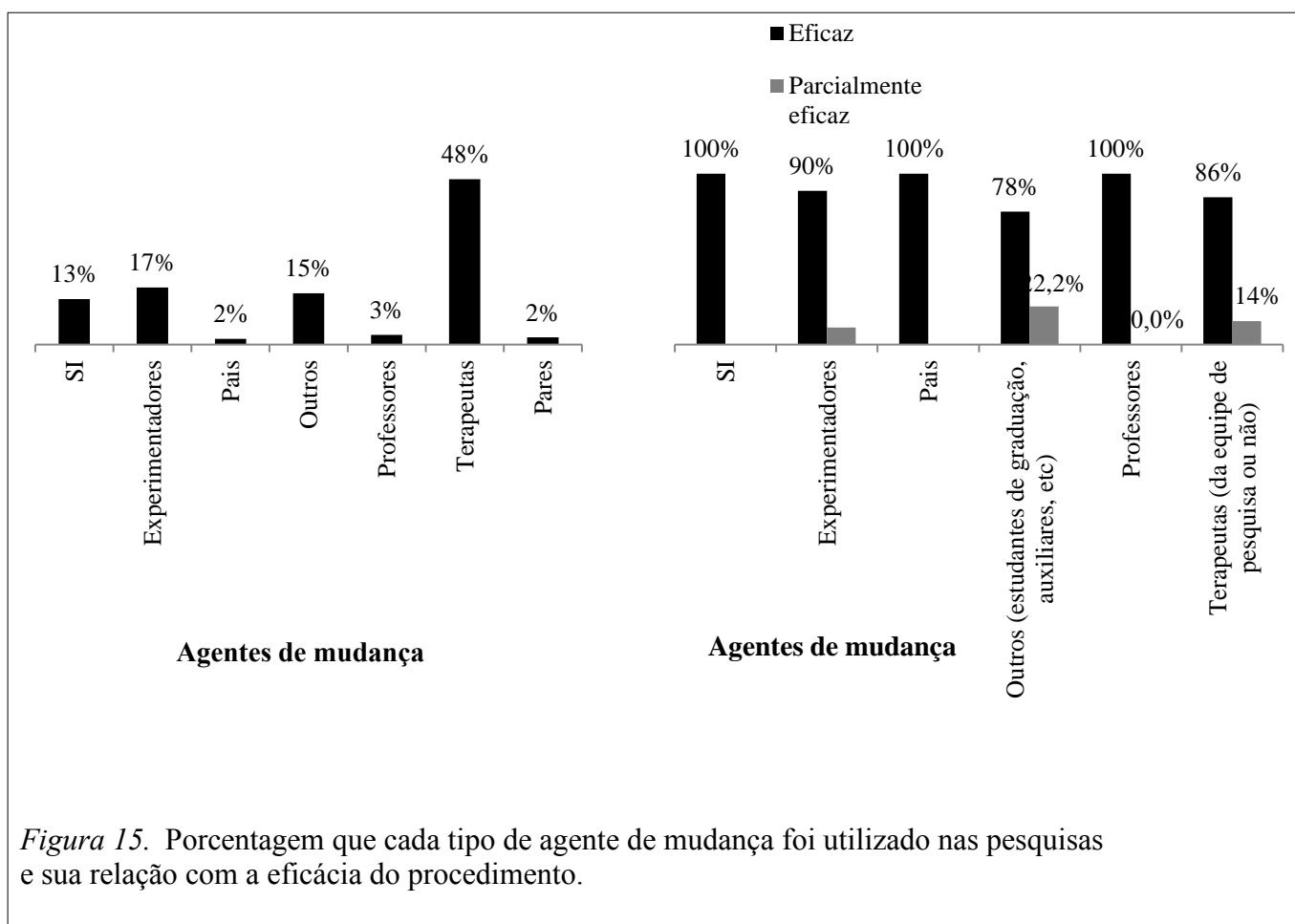


A escolha dos Centros de atendimento e o uso de terapeutas como agentes de mudança podem ser dificultadores para a generalização dos comportamentos-alvo ensinados, o que evidencia que, mesmo após quase 40 anos do estudo de Stokes e Baer (1977), os pesquisadores ainda parecem acreditar sem planejando algum o comportamento operante naturalmente ocorrerá em outros contextos, fora do ambiente em que foi instalado. Como define Skinner (1953) e Baer, Wolf e Risley (1968), quando falamos sobre generalização de um comportamento, estamos falando da ampliação de uma resposta modelada (de forma estruturada ou não), uma vez que essa resposta passa a ocorrer em outros ambientes e com outras pessoas, além daquele contexto em que ela inicialmente ocorreu se espalha para uma ampla variedade de comportamentos relacionados.

A maior parte das intervenções foram conduzidas por agentes de mudança que não faziam parte do ambiente natural dos participantes, tais como terapeutas e experimentadores. Vale ressaltar que mais de um objetivo poderia ser adotado. Observa-se o fato de somente 2% das pesquisas ter tido como agente de mudança pais ou

responsáveis (pessoas que fazem parte do ambiente natural da criança), o que representa uma porcentagem ínfima dos estudos selecionados.

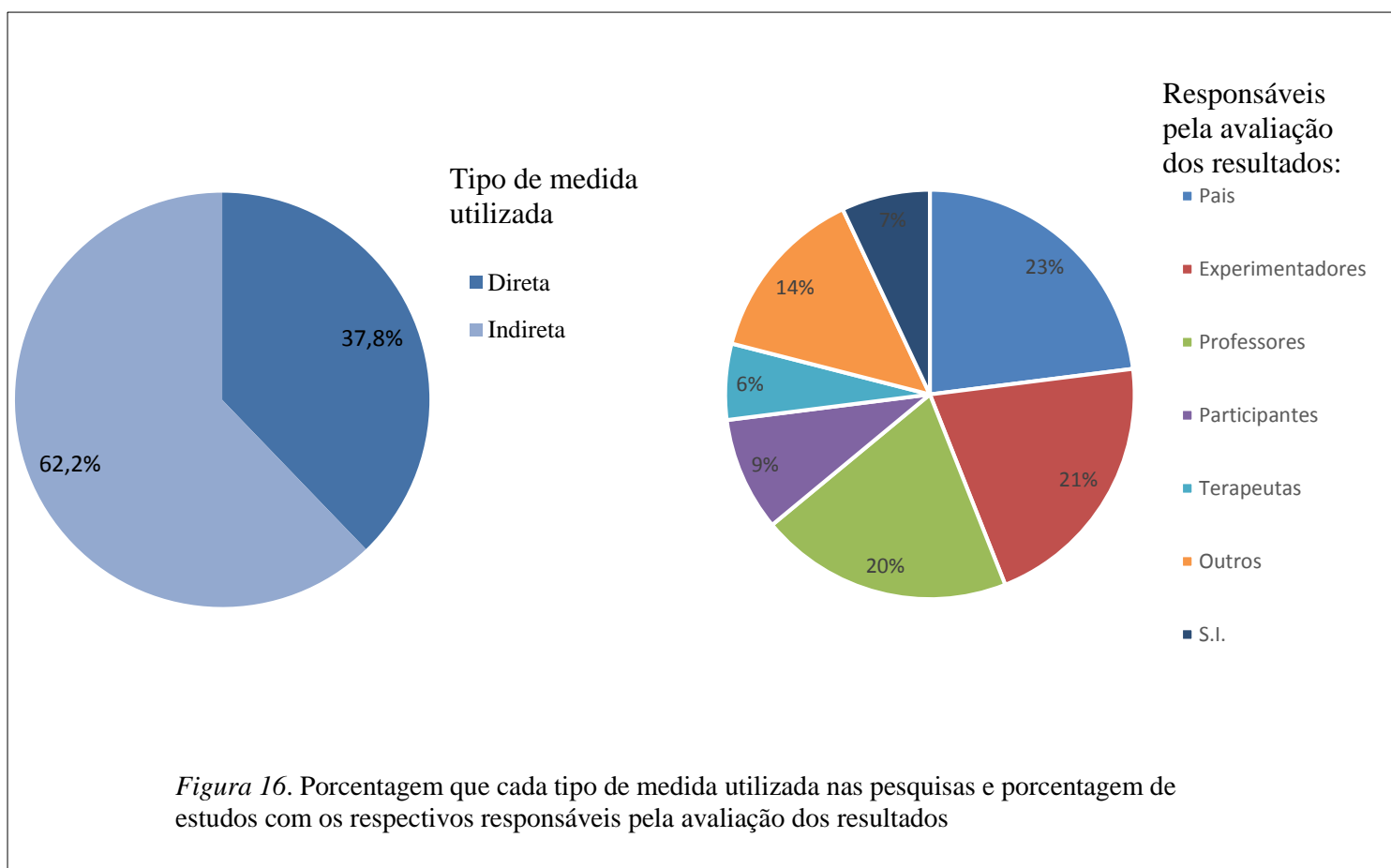
Para garantir que os comportamentos acontecessem nas condições naturais em que eram esperados, estratégias de treino em outros lugares e com outras pessoas deveriam ter sido implementadas. Entretanto, ainda que a generalização seja desejável, observa-se na Figura 14 que mais da metade das pesquisas não realizou este tipo de planejamento. Quando planejado, o mais comum foi o procedimento de generalização para outros ambientes, com 54% de ocorrências, porcentagem semelhante à de estudos que ocorreram em centros de atendimento, e condiz com a realização de estudos em ambientes naturais estruturados para a ocorrência do comportamento-alvo. comportamento-alvo.



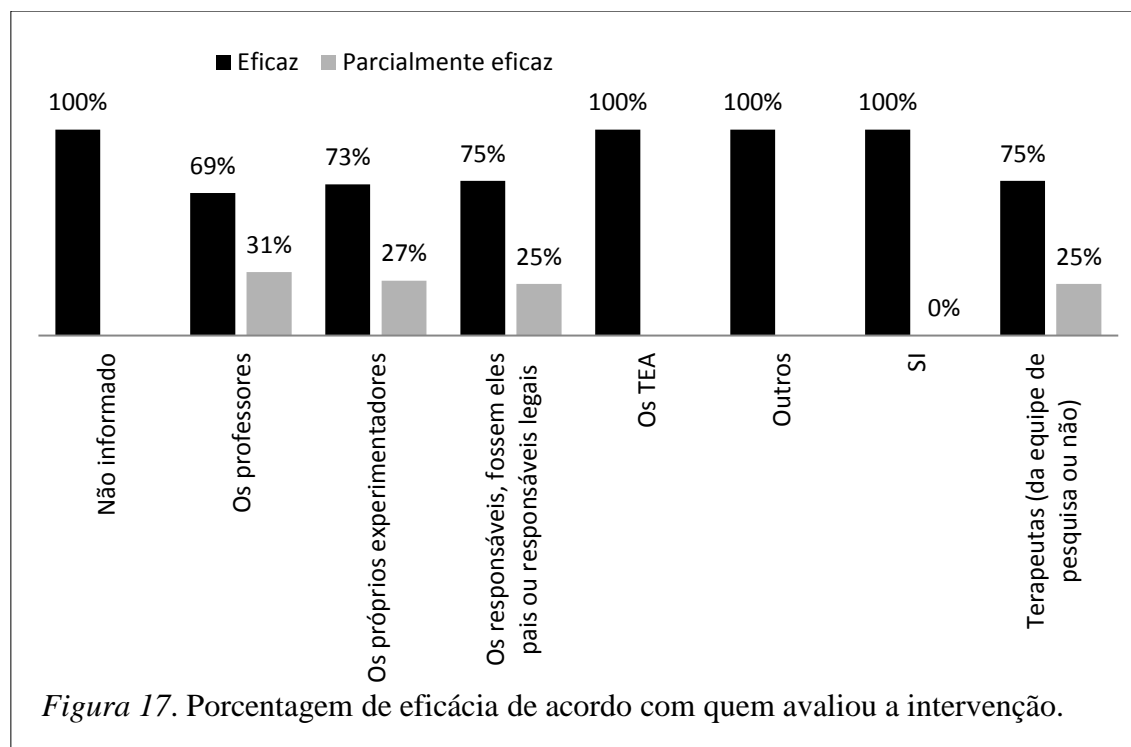
Uma das questões mais importantes do presente trabalho relacionou-se a identificar as variáveis relacionadas a eficácia dos procedimentos de ensino e os resultados apresentados, e pretende-se caminhar na direção dessas respostas. Para tanto, foram descritos aspectos metodológicos, procedimentais, resultados e limitações dos estudos selecionados.

O primeiro passo foi identificar que tipo de medida foi utilizada para aferir o comportamento-alvo. Foram utilizadas medidas indiretas do comportamento em 62,2% dos trabalhos e medidas diretas em 37,8%. Cabe informar que sete publicações utilizaram medidas diretas e indiretas. A utilização de medidas diretas, ainda que demandassem o treino de observadores e outras dificuldades relacionadas a logística e custo, assim como descrito por McMahon et al. (2013), proporcionariam maior rigor metodológico à intervenção.

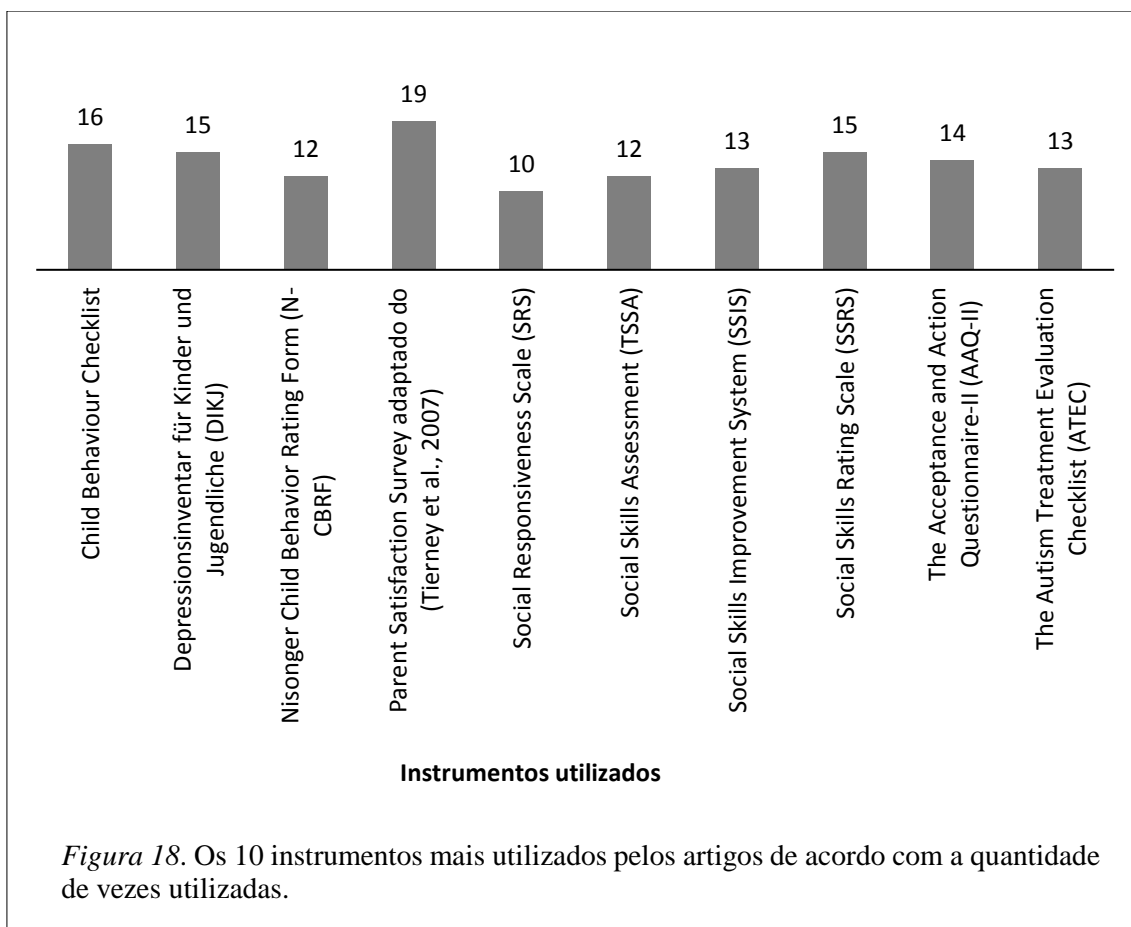
Segundo Gates et al. (2017), os jovens com TEA frequentemente superestimam seu funcionamento social; somado a isso, o efeito da expectativa pode controlar o relato dos participantes, bem como sua habilidade de auto-monitoramento, assim como é observado nas medidas utilizadas por pais. Chama atenção a adoção de escalas de autoavaliação, uma vez que a validade do relato está diretamente relacionada ao autoconhecimento. Este, por sua vez, depende de uma auto-observação adequada, bem como do relato sob controle dos estímulos gerados pela observação do próprio comportamento (De Rose, 1997).



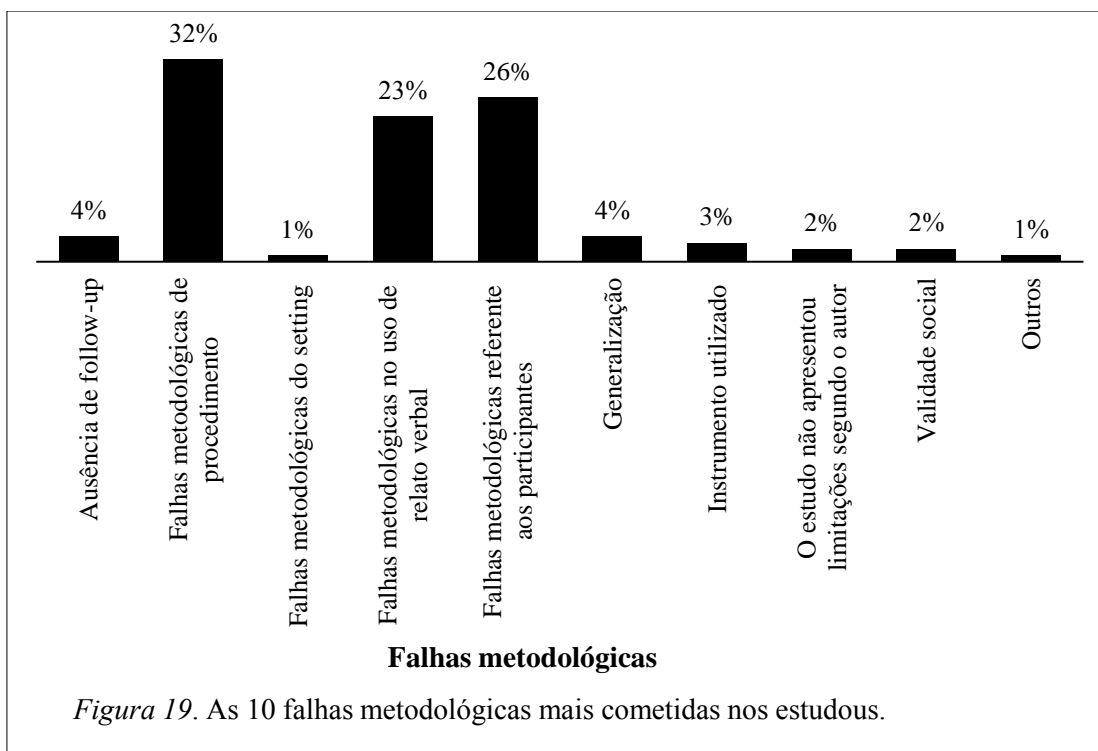
A escolha de escalas de autoavaliação torna-se ainda mais questionável quando os participantes são indivíduos com TEA, uma vez que os mesmos apresentam visão limitada de sua competência social (Frith & Hill, 2003; Williams, 2010). Ao relacionar as variáveis eficácia e responsáveis pela avaliação, chegamos a resultados bastante próximos aos descritos por Gates et al. (2017), uma vez que as intervenções descritas pelos próprios participantes e seus pais são avaliadas como mais eficazes.



Como descrito anteriormente, a maior parte dos autores adotou o delineamento entre grupos AB (pré-teste e pós teste) como forma de avaliar a mudança comportamental que ocorreu após a intervenção. Esses estudos utilizaram medidas estatísticas para determinar se a diferença entre os resultados observados nos diferentes grupos foi significativa. Com o objetivo descrito, foram utilizados os instrumentos contemplados na Figura 18 para avaliar a eficácia dos resultados da intervenção.



A escolha dos instrumentos utilizados há de ser feita de forma cuidadosa, tendo em vista as implicações dessa decisão, no que diz respeito aos diferentes resultados produzidos de acordo com os responsáveis pela avaliação da intervenção, assim como descrito por Gates et al. (2017). A temática acerca da escolha dos instrumentos utilizados para avaliar os resultados produzidos nas pesquisas selecionadas, também é abordada dentre as falhas metodológicas identificadas e categorizadas, assim como exposto na Figura 19.



De todas as limitações relatadas pelos autores, a mais comum relacionou-se ao item “falhas metodológicas de procedimento”, presente em 32% dos estudos; em segundo lugar, as “referentes aos participantes”, em 26%; e em terceiro, as “falhas metodológicas no uso de relato verbal”, em 23%. Dentre as “falhas metodológicas de procedimento”, a falta de um delineamento experimental com medidas diretas exclui quaisquer conclusões causais sobre o impacto da terapia grupal (Tyminsky & Moore, 2008). Observa-se também na Figura 20 que em 2% dos trabalhos não foram citadas limitações, provavelmente por se tratarem de estudos sem essa prática.

Outro critério importante para a avaliação da eficácia dos procedimentos empregados em uma pesquisa aplicada refere-se à sua integridade, isto é, se o procedimento foi aplicado tal como proposto pelos autores. Laugeson, Frankel, Gantman, Dillon e Mogil (2012) defendem o uso do manual, uma vez que todos os aplicadores seguem as mesmas instruções descritas, fortalecendo a integridade do procedimento e tornando os resultados produzidos mais confiáveis.

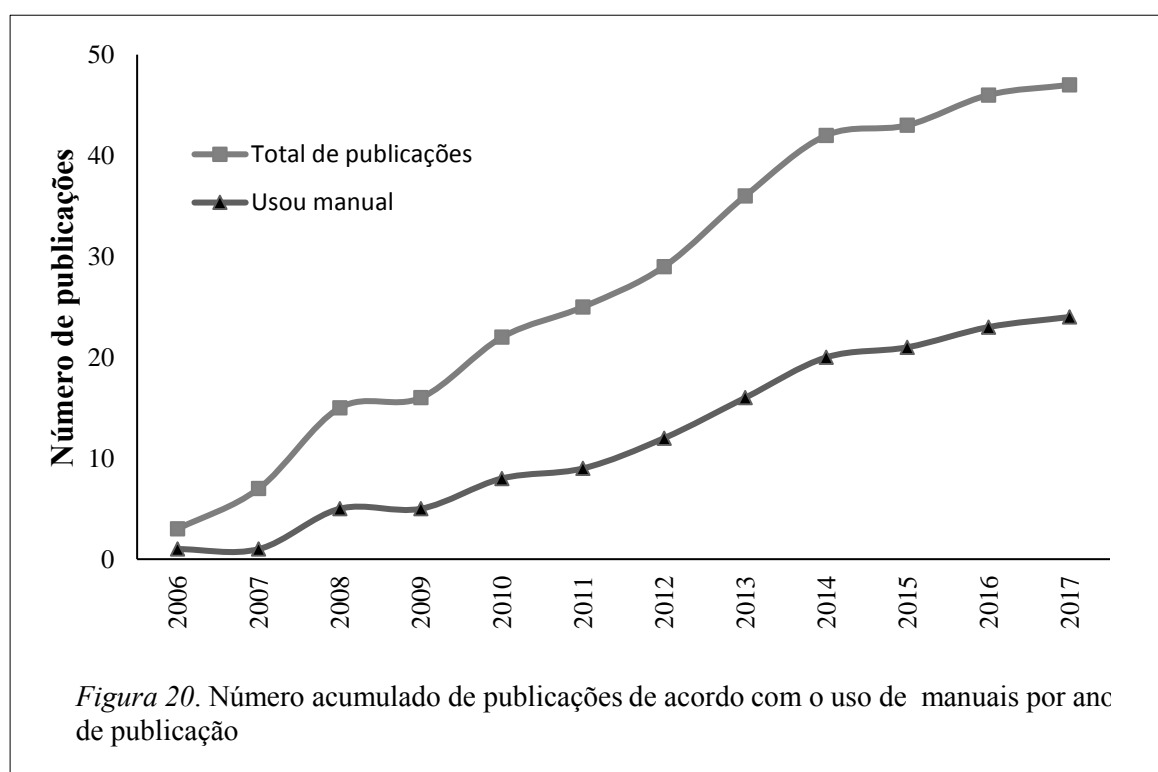
Este tipo de material, definido por Fazzio (2002) como um “pacote de instrução de treinamento de pais e profissionais”, em forma de literatura comercialmente disponível, foi utilizado em 51,1% dos estudos seleccionados.

Tabela 19

Tipos de medidas do comportamento utilizadas por trabalho

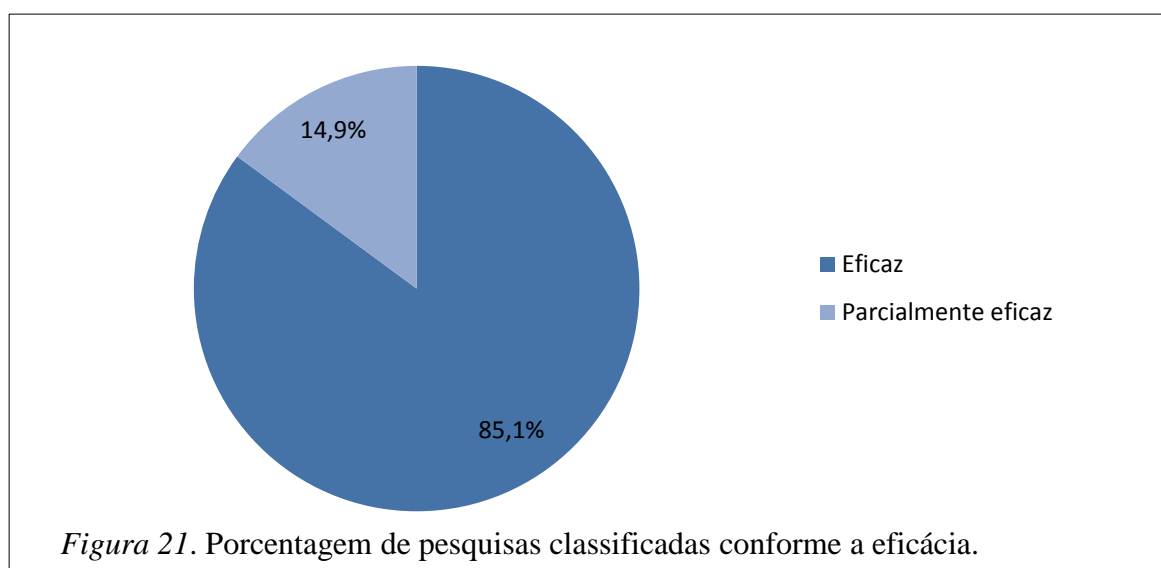
Adoção do uso de manuais	Quantidade
Utilizou manual	51,1%
Não utilizou manual	48,9%

O aumento da frequência da utilização dos manuais na última década, assim como descrito por Andreozzi (no prelo), também pode ser observado na Figura 20. Observa-se crescimento constante a partir do ano de 2009 do emprego desta ferramenta.

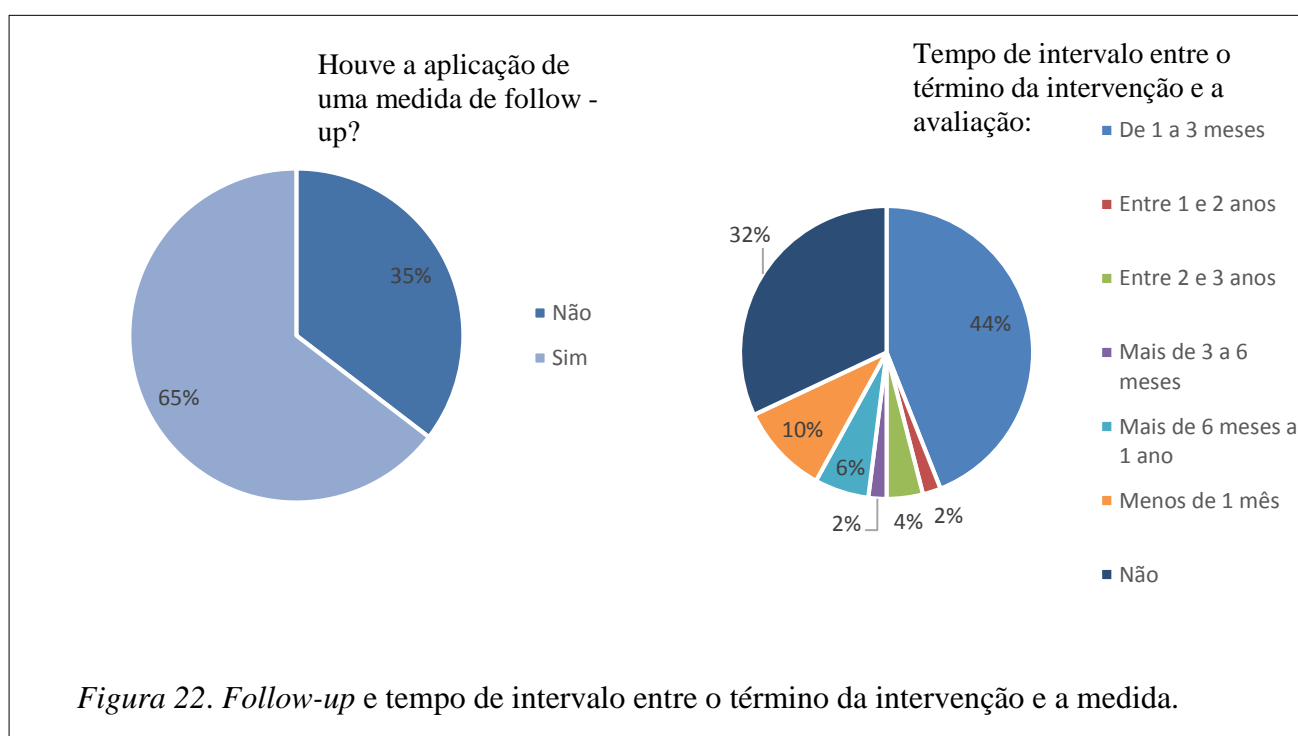


As pesquisas seleccionadas foram classificadas como eficazes ou parcialmente eficazes de acordo com o relato dos autores. Observa-se que mais da metade dos estudos foram classificadas como eficazes, ainda que a ausência de dados referentes a

generalização dos resultados, a escolha do *setting* e os agentes de mudança sinalizam limitações da intervenção.



Na Figura 22 é possível observar a ocorrência da avaliação da manutenção do comportamento. A alteração comportamental após o ensino está diretamente relacionada à eficácia dos estudos e as mudanças obtidas, segundo Baer, Wolf e Risley (1968), deveriam ser duráveis ao longo do tempo. Buscou-se, portanto, verificar se as intervenções descritas nos estudos atenderam a esses critérios.



Ainda que 65% dos trabalhos tenham adotado medidas de *follow-up*, em 35% dos trabalhos não foram realizadas medidas para verificar a manutenção do comportamento, isto é, nestes trabalhos não houve nenhum procedimento para avaliar se os comportamentos-alvo continuavam ocorrendo após o término da intervenção. A ausência da adoção dessa medida configura um limite para discutir a eficácia das intervenções, uma vez que não permite a verificação da manutenção dos resultados obtidos com as manipulações realizadas. O tempo transcorrido entre o final da intervenção e o início das medidas de seguimento, foi de um a três meses, e este tipo de medida ocorreu em 32% dos estudos. Manutenção de menos de um mês foi a segunda medida mais utilizada, e ocorreu em 10% dos artigos. Nota-se que os principais períodos para a medida do seguimento dos resultados foram curtos (de no máximo três meses).

Assim como descrito por Miller et al. (2014), a abordagem das intervenções adotadas nos estudos selecionados por essa revisão era, em sua maioria, baseada em princípios cognitivo-comportamentais e comportamentais. Assim com observado na análise de outras variáveis, nota-se alta porcentagem (37%) de pesquisas que não apresentaram informações sobre a abordagem do estudo conduzido.

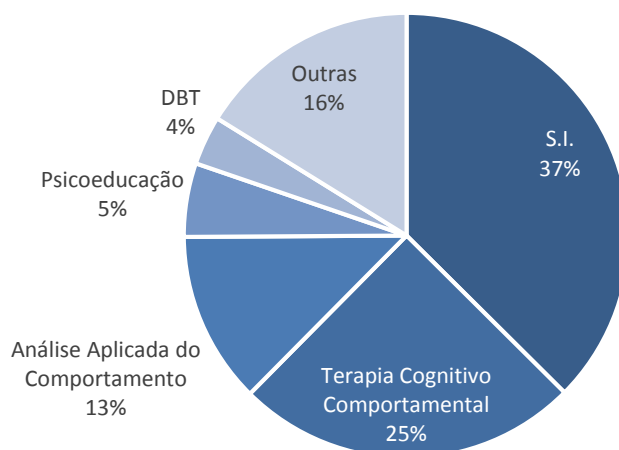


Figura 23. Porcentagem de pesquisas classificadas conforme a abordagem da intervenção

A presente revisão apresentou resultados que podem auxiliar no planejamento de novos estudos, desde a escolha e caracterização de participantes, do comportamento-alvo e de procedimentos que produzam resultados eficazes, assim como alertar para as limitações mais comuns a serem enfrentadas em pesquisas futuras.

Considerações finais

A presente pesquisa buscou rever a literatura analítico-comportamental voltada para o ensino em grupo de habilidades sociais para pessoas com autismo, incluir novos estudos e sistematizá-los com o objetivo de analisar as variáveis relacionadas a estudos bem-sucedidos.

Em primeiro lugar salienta-se que, embora o método proposto para a seleção dos estudos tenha identificado, inicialmente, um número elevado de estudos, a amostra final englobou apenas 47 estudos. Isto pode ter ocorrido em função de uma limitação da presente pesquisa, que diz respeito a seleção de publicações escritas somente na língua inglesa.

Os resultados principais, sistematizados a seguir, referem-se a diferentes falhas metodológicas. Notou-se, nos estudos revisados, falta de clareza ou mesmo ausência de descrições dos procedimentos utilizados. As mais salientes foram referentes a como os treinos foram implementados. Assim como descrito por Reichow et al. (2012), McMahon et al. (2013) e Miller et al. (2014), os principais procedimentos empregados nas intervenções foram o ensaio comportamental (utilizado em 27 estudos) e o *feedback* (utilizado em 12 estudos), entretanto, é importante salientar que nem sempre os procedimentos eram descritos com clareza, o que impossibilita a replicação de intervenções bem-sucedidas. Destaca-se também que alguns procedimentos utilizados poderiam englobar outros procedimentos, como, por exemplo, o *feedback*, que pode tanto ser a apresentação de um elogio (possível reforçador social positivo), como de uma crítica negativa (estímulo possivelmente aversivo).

Do total de estudos selecionados, 10 não apresentaram informações sobre os procedimentos de ensino utilizados e três forneceram descrições pouco precisas, como “educar de forma não punitiva” e “estratégias comportamentais”. Para McMahon et al. (2013), o baixo detalhamento das estratégias de ensino mostra-se um problema, uma vez que deixam também de descrever a adoção ou não de estratégias relacionadas à eficácia. A identificação do uso de procedimentos que estão possivelmente relacionados ao sucesso da intervenção é importante porque permite a novos pesquisadores se orientarem quanto a escolha de variáveis em futuras pesquisas. Todavia, ainda que os autores das revisões anteriores apontem uma multiplicidade de procedimentos adotados, diferentemente do que acontece na presente revisão, estes não problematizam a escassez de informações sobre os procedimentos.

As intervenções implementadas em 10 a 20 encontros conduzidos uma vez na semana, com duração de um a três meses, foram as mais frequentes, sendo utilizadas em 33% dos estudos. No entanto, os agentes responsáveis por essas intervenções, em sua maioria, foram os terapeutas ($n = 48\%$), ou seja, a condição para generalização ficou comprometida, uma vez que os comportamentos ensinados foram treinados com um número limitado de pessoas, que também não faziam parte do ambiente natural dos participantes. A maioria dos estudos não descreveu estratégias específicas para programar a generalização ($n = 66\%$) e realizou medidas de seguimento após um intervalo de, no máximo, três meses, resultado que vai ao encontro dos achados de McMahon et al. (2013), que pode ser classificado como curto espaço de tempo para a classificação da manutenção dos resultados como satisfatórios.

Observou-se também que a maioria das intervenções, isto é, 53%, foi conduzida em contextos de centros de atendimento – resultado semelhante aos achados de Cappadocia e Weiss (2011) e Miller et al. (2014) –, o que, assim como a escolha dos

agentes de mudança utilizados, pode dificultar a generalização dos resultados, comprometendo a eficácia das intervenções implementadas.

As descrições dos *settings* dos treinos foram pobres, fornecendo poucas informações sobre a semelhança entre estes espaços e o ambiente natural dos participantes, o que poderia ser uma possível estratégia para promover a generalização, porém, os autores das revisões anteriores não apresentam críticas em relação a caracterização dos ambientes utilizados para as intervenções nos estudos.

Uma estratégia que poderia ter sido implementada para propiciar a generalização, uma vez que os agentes de mudança e *settings* utilizados pouco contribuíam nesse sentido, consiste no treino de pessoas que façam parte do ambiente dos participantes. Todavia, poucos estudos realizaram treino de agentes comportamentais, e, quando este era realizado, foram treinados pais e/ou cuidadores (n = 11), procedimento já recomendado por Cappadocia e Weiss (2011).

Outra falha metodológica diz respeito, em especial, a caracterização dos participantes selecionados. Com exceção de QI e gênero, variáveis descritas em todas as revisões anteriores, o repertório inicial dos participantes foi caracterizado de forma a apresentar poucas informações. Observa-se que, mesmo quando descrevem a escassez de informações sobre os participantes, os autores das revisões anteriores não discutem essa informação de forma a problematizá-la. Chama a atenção que, mesmo sem realizar essa problematização, Reichow et al. (2012) ressaltam que estas informações são de extrema importância, pois a heterogeneidade do repertório de entrada dos participantes pode implicar em alterações quanto aos resultados obtidos. A heterogeneidade dos participantes também é considerada um fator que impede a comparação entre a eficácia das diferentes intervenções, como já descrito por Spain e Blainey (2015), Reichow et al. (2012) e Cappadocia e Weiss (2011).

Mais da metade dos comportamentos alvo observados ($n = 62,2\%$) foram avaliados por medidas indiretas. O impacto da utilização desse tipo de medida no que diz respeito a avaliação dos resultados, como a baixa mudança comportamental descrita pelos professores, também comentada por McMahon et al. (2013) e Gates et al. (2017), culmina na recomendação de cautela na interpretação dos dados obtidos nessas revisões, assim como pontuado por Cappodocia e Weiss (2011) e Reichow et al. (2012). A pequena adesão ao uso de medidas diretas também é observada por McMahon et al. (2013), onde criam-se hipóteses que isso ocorre devido a implementação desses métodos de avaliação ser mais complicada, pois envolve treino intensivo dos observadores. A utilização de medidas diretas, assim como recomendado por McMahon et al. (2013), que são mais precisas, sensíveis e abrangentes, acrescentaria no que diz respeito ao aumento de rigor metodológico da intervenção.

As características dos estudos analítico-comportamentais voltados para os grupos de ensino de HS, verificadas nessa revisão, sugerem que a Análise do Comportamento pode contribuir fortemente para o ensino de HS para pessoas com TEA, à medida que oferece subsídios para intervenções planejadas a partir do levantamento das variáveis de controle do comportamento problema, da aplicação de procedimentos que permitam alterar a frequência de excessos e déficits comportamentais, e por permitir programar estratégias que favoreçam a manutenção e a generalização dos resultados obtidos a longo prazo. Entretanto, tal caminho promissor ainda não é uma realidade. É importante que mais estudos sejam desenvolvidos com maior rigor metodológico, de modo a embasar o planejamento de intervenções efetivas por profissionais e de modo a suprir as lacunas e as limitações ainda presentes atualmente no cenário analítico-comportamental para grupos de ensino de HS.

A urgência de fornecer intervenções deste tipo de ensino requer um diálogo entre clínicos e pesquisadores. Desta forma, os pesquisadores podem ajudar os clínicos, fornecendo dados de tratamentos efetivos, enquanto os clínicos, por outro lado, podem fornecer orientação sobre a viabilidade de programas de intervenção. Em resumo, essa troca de ideias é necessária para desenvolver intervenções eficazes para que mais crianças possam ser atendidas efetivamente.

Referências

- Abbud, G. (2015). *Orientação de pais como estratégia de prevenção de problemas de comportamento infantis: Uma revisão e análise crítica da literatura segundo princípios da análise do comportamento* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- American Psychiatric Association, (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC:Autor.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC:Autor.
- Anderson, A., FletcherFlinn, C.M., Godfrey, R., & Moore, D.W. (2004). Social skills assessment of children with autism in free-play situations. *Autism*, 8(4), 369-385. doi: 10.1177/1362361304045216.
- Andreozzi, G. C. S. F. P. (no prelo). *Manuais de Treino de Habilidades Sociais para Pessoas com Autismo. Uma revisão e análise comparativa* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97. doi: 10.1901/jaba.1968.1-91.
- Baker, J. (2013). Improving the social behavior of children with autism. In A. Bondy & M. J. Weiss (Eds.), *Teaching Social Skills to People with Autism: Best Practices in Individualizing Interventions* (pp. 137 a 159). Bethesda, MD: Woodbine House.
- Barnhill, G. P., Cook, K. T., Tebbenkamp, K., & Myles, B. S. (2002). The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus on*

Autism and Other Developmental Disabilities, 17(2), 112–118. doi: 10.1177/10883576020170020601.

*³ Bauminger, N. (2007). Brief report: Group social-multimodal intervention for HFASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(8), 1605-1615. doi: 10.1007/s10803-006-0246-3.

Bernard-Opitz, V. (1982). Pragmatic analysis of the communicative behavior of an autistic child. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47(1), 99–109. doi: 10.1044/jshd.4701.99.

*Beaumont, R., & Sofronoff, K. (2008). A multi-component social skills intervention for children with Asperger syndrome: The Junior Detective Training Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 743-753. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01920.x/full.

Block, H. M., Radley, K. C., Jenson, W. R., Clark, E., & O'Neill, R. E. (2015). Effects of a multimedia social skills program in increasing social responses and initiations of children with autism spectrum disorder. *International Journal of School & Educational Psychology*, 3(1), 16-24. doi: 10.1080/21683603.2014.923355.

Bieber, J., K. (1994). *Learning disabilities and social skills with Richard Lavoie: Last one picked. First one picked on*. Washington D. C: Public Broadcasting Service.

*Bonete, Román S., Calero, M. D., & Fernández-Parra, A. (2014). Group training in interpersonal problem-solving skills for workplace adaptation of adolescents and adults with Asperger syndrome: A preliminary study. *Autism*, 19(4), 409-420. doi: 10.1177/1362361314522354.

*Bonete Román, S., Molinero, C., Mata, S., Calero, M., & Gómez-Pérez, M. D. M. (2016). Effectiveness of Manualised Interpersonal Problem-Solving Skills

³ Os textos utilizados como material de pesquisa são apresentados com “*”, conforme normas do *Manual of American Psychological Association – 6edition*.

- Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). doi: 10.7334/psicothema2015.206.
- Botelho, L., L., R., Cunha, C., C., A.; Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. doi: 10.21171/ges.v5i11.1220.
- Caballo, V. E. (1996). O Treinamento em habilidades sociais. *Manual de técnicas de modificação do comportamento*. (pp. 3-42). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Cappadocia M. C., Weiss J. A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger syndrome and high functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 5(1), 70-78. doi: 10.1016/j.rasd.2010.04.001
- Carter, A. S., Davis, N. O., Klin, A., & Volkmar, F. R. (2005). *Social development in autism*. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Vol. 1. Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (pp. 212 – 229). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Charlop, M. H., Erickson, M. A. (2013). Improving the social behavior of children with autism. In A. Bondy & M. J. Weiss (Eds.), *Teaching Social Skills to People with Autism: Best Practices in Individualizing Interventions* (pp. 47 a 67). Bethesda, MD: Woodbine House.
- Charman T., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Baird, G., Drew, A., Cox, A. (2003). Predicting language outcome in infants with autism and pervasive developmental disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38(3), 265–285. doi: 10.1080/136820310000104830.

- *Chiengchana, N., & Trakarnrung, S. (2014). The effect of Kodály-based music experiences on joint attention in children with autism spectrum disorders. *Asian Biomedicine*, 8(4), 547-555. doi:10.5372/1905-7415.0804.326
- *Choque O. N., Flygare O., Coco C., Görling A., Råde A., Chen Q., Lindstedt K., Berggren S., Serlachius E., Jonsson U., Tamminen K., Kjellin L., Bölte S.(2017). Social Skills Training for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 585-592. doi: 10.1016/j.jaac.2017.05.001.
- * Chung, K. M., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T., & Tassé, M. J. (2007). Peer-mediated social skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 423-436. doi: 10.1016/j.ridd.2006.05.002.
- Constantino, J. N., Davis, S. A., Todd, R. D., Schindler, M. K., Gross, M. M., Brophy, S. L., Metzger, L. M., Reich, W., Schindler, M. K., Shoushtari C. S., & Splinter R. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: Comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 427- 433. doi: 10.1023/A:1025014929212.
- *Cotugno, A. J. (2009). Social competence and social skills training and intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(9), 1268-1277. doi: 10.1007/s10803-009-0741-4.
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A.,& Liaw, J. M. (2004). Early social attention impairments in autism: Social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271–283. doi: 10.1037/0012-1649.40.2.271.

- Davison, M., & McCarthy, D. (1988). *The matching law: A research review*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.(2005). Informant “discrepancies” in the assesment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*(4), 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- Del Prette, A. & Del Prette Z.A.P. (1999/2001). *Psicologia das Habilidades Sociais - Terapia e Educação*. Petrópolis: Vozes Editora.
- Dennis, M., Lazenby, A., & Lockyer, L. (2001). Inferential Language in High-Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *31*(1), 47-54. doi: 10.1023/A:1005661613288.
- de Rose, J. C. C. (1997). O que é comportamento? *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 1, pp. 79-81. Santo André: ARBytes.
- *DeRosier, M. E., Swick, D. C., Davis, N. O., McMillen, J. S., & Matthews, R. (2011). The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *41*(8), 1033-1043. doi: 10.1007/s10803-010-1128-2.
- *Dotson, W. H., Leaf, J. B., Sheldon, J. B., & Sherman, J. A. (2010). Group teaching of conversational skills to adolescents on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(2), 199-209. doi: 10.106/j.rasd.2009.09.005.

- Duncan, D., Matson, J. L., Bamburg, J. W., Cherry, K. E., Buckley T. (1999). The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disability. *Research in Developmental Disabilities, 20*(6),441–448. doi: 10.1590/S0004-282X2012000300006
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., & Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res, 5*(3) 160–179. doi:10.1002/aur.239.
- *Epp, K. M. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools, 30*(1), 27-36. doi: 10.1093/cs/30.1.27.
- Fazzio, D. F. (2002). *Intervenção comportamental no autismo e deficiências de desenvolvimento: Uma análise dos repertórios propostos em manuais de treinamento* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Fine, J., Bertolucci, G., Szatmari, P., Ginsberg, G. (1994). Cohesive discourse in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 24*(3), 315–329. doi: 10.1007/BF02172230.
- *Frankel, F., Myatt, R., Sugar, C., Whitham, C., Gorospe, C. M., & Laugeson, E. (2010). A randomized controlled study of parent-assisted children’s friendship training with children having autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(7), 827-842. doi: 10.1007/s10803-009-0932-z.
- *Freitag, C. M., Cholemkey, H., Elsuni, L., Kroeger, A. K., Bender, S., Kunz, C. U., & Kieser, M. (2013). The group-based social skills training SOSTA-FRA in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorder-study protocol of

- the randomised, multi-centre controlled SOSTA-net trial. *Trials*, *14*(1), 6. doi: 10.1186/1745-6215-14-6.
- Gadia C. A., Tuchman, R., & Rotta, N.T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, *80*(2), 83 - 94. doi: 10.1590/S0021-75572004000300011.
- Gantman A., Kapp, S. K., & Laugeson, E. A. (2012). Social skills training for young adults with high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(6), 1094-1103. doi: 10.1007/s10803-011-1350-6.
- Garfield, E. (1972a). Citation analysis as a tool in journal evaluation. *Science*, *178*,471-479. doi: 10.1126/science.178.4060.471.
- Gates, J. A., Kang E., Lerner, M. D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *52*, 164 – 181. doi: 10.1016/j.cpr.2017.01.006
- Gerhardt, P. F., & Crimmins, D. B. (2013). *Social skills and adaptive behavior in learners with autism spectrum disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Gesten, E. L., Weissberg, R. P., Amish, P. A., & Smith-Tuten, J. K. (1987). Social problem-solving skill training with children: A competence building approach to prevention and treatment. In C.A. Maher & J.E. Zins (Eds.), *Promoting psychoeducational competence of children and adolescents: Interventions in school settings*⁴. N.Y.C.: Pergamon Press.
- Gillis, J. M., Buttler, R. C. (2007). Social skills interventions for preschoolers with Autism Spectrum Disorder: A description of single-subject design studies. *Journal of Early & Intensive Behavior Intervention*, *4*(3), 532-547. doi: 10.1037/h0100390.

⁴ Não foi encontrado as páginas do capítulo em questão.

- Graziano, S. (in press). Current Research on Social Skills Training and Autism Spectrum Disorders. University of Utah.
- Greenberg, A. L., Erickson, M. A., & Charlop, M. H. (2012). Assessing Generalization of the Picture Exchange System (PECS) in Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 24*(6), 539-558. doi: 10.1007/s10882-012-9288-y
- Gresham, F. M. (1983). Social skills assessment as a component of mainstreaming placement decisions. *Exceptional Children, 49*(4), 331–336. doi: 1177/001440298304900406
- Gross, T. F. (2002). Perception of human and nonhuman facial age by developmentally disabled children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(3), 169 - 179. doi: 10.1023/A:1015445629062.
- Guerin, B. (2001). Individuals as social relationships: 18 ways that acting alone can be thought of as social behavior. *Review of General Psychology, 5*(4), 406-428. doi: 0.1037/1089-2680.5.4.406.
- *Guli, L. A., Semrud-Clikeman, M., Lerner, M. D., & Britton, N. (2013). Social Competence Intervention Program (SCIP): A pilot study of a creative drama program for youth with social difficulties. *The Arts in Psychotherapy, 40*(1), 37-44. doi: 10.1016/j.aip.2012.09.002.
- Grinker, R. (2010). *Autismo: Um mundo obscuro e conturbado*. São Paulo: Larousse do Brasil.
- Happé, F. G. E. (1993). Communicative competence and theory of mind: A test of relevance theory. *Cognition, 48*(2), 101-109. doi: 10.1016/0010-0277(93)90026-R.
- Harms, M. B., Martin, A., Wallace, G. L. (2010). Facial emotion recognition in autism spectrum disorders: A review of behavioral and neuroimaging

studies. *Neuropsychology Review*, 20(3), 290–322. doi: 10.1007/s11065-010-9138-6.

*Herbrecht, E., Poustka, F., Birnkammer, S., Duketis, E., Schlitt, S., Schmötzer, G., & Bölte, S. (2009). Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 18(6), 327-335. doi: 10.1007/s00787-008-0734-4.

Hill, E. L., & Frith, U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 358(1430), 281–289. doi: 10.1098/rstb.2002.1209.

*Hesselmark, E., Plenty, S., & Bejerot, S. (2014). Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: A preliminary randomized controlled trial. *Autism*, 18(6), 672-683. doi: 10.1177/1362361313493681.

Hobson, R. P., & Lee, A. (1989). Emotion-related and abstract concepts in autistic people: Evidence from the British Picture Vocabulary Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(4), 601-623. doi: 10.1007/BF02212860.

Hotton, M., & Coles, S. (2016). The effectiveness of social skills training groups for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(1), 68-81. doi: 10.1007/s40489-015-0066-5.

Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 63–83. doi: 10.1177/1362361300004001005.

Howlin, P. (2005). Outcomes in Autism Spectrum Disorders. In Fred R. V. Rhea, P., Ami K., Donald C. (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3rd (201 - 222). Hoboken NJ: Wiley.

- Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (1999). *Teaching children with autism to mindread*. England: John Wiley & Sons.
- Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison in early adult life: II. Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(5), 561–578. doi: 10.1111/1469-7610.00643.
- Huitt, W. & Dawson, C. (2011). Social development: Why it is important and how to impact it. In Huitt, W. & Dawson, C. (Eds.), *Educational Psychology Interactive* (pp. 1 a 27) Valdosta, GA: Valdosta State University.
- Hwang, B, & B Huges, C. (2000). The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *30*(4), 331-343. doi: 10.1023/A:1005579317085.
- *Ichikawa, K., Takahashi, Y., Ando, M., Anme, T., Ishizaki, T., Yamaguchi, H., & Nakayama, T. (2013). TEACCH-based group social skills training for children with high-functioning autism: a pilot randomized controlled trial. *BioPsychoSocial medicine*, *7*(1), 14. doi: 10.1186/1751-0759-7-14.
- Ingersoll, B., Gergans, S. (2007). The effect of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, *28*(2), 163–175. 10.1016/j.ridd.2006.02.004.
- Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2006). Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(4), 487-505. doi: 10.1007/s10803-006-0089-y.
- Jones, E. A., Carr, E. G., & Feeley, K. M. (2006). Multiple effects of joint attention

intervention for children with autism. *Behavior Modification*, 30(6), 782-834. doi: 10.1177/0145445506289392.

Kanner, Leo. (1968). Autistic Disturbances of Affective Contact. *Acta Paedopsychiatr* , n. 2, p.217-250. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4880460>.

*Kasari, C., Dean, M., Kretzmann, M., Shih, W., Orlich, F., Whitney, R., ... & King, B. (2016). Children with autism spectrum disorder and social skills groups at school: A randomized trial comparing intervention approach and peer composition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(2), 171-179. doi: 10.1111/jcpp.12460/full.

*Kasari, C., Freeman, S., & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611-620. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x/full.

Klin, A., C., A. Saunier, et al.(2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(4): 748-759. doi: 10.1007/s10803-006-0229-4.

Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Revista de Neurología*, 60 (1), 3-11. <http://www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S003.pdf>.

Koegel L. K., Koegel R. L., Harrower J. K., & Carter C. M. (1999). Pivotal response intervention I: Overview of approach. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24(3),174–185. doi: 10.2511/rpsd.24.3.174.

- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Hurley, C., & Frea, W. D. (1992). Improving social skills and disruptive behavior in children with autism through self-management. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*(2), 341—353. doi: 10.1901/jaba.1992.25-341.
- * Koegel, L. K., Vernon, T. W., Koegel, R. L., Koegel, B. L., & Paullin, A. W. (2012). Improving social engagement and initiations between children with autism spectrum disorder and their peers in inclusive settings. *Journal of Positive Behavior Interventions, 14*(4), 220-227. doi: 10.1177/1098300712437042.
- *Koegel, R. L., Bradshaw, J. L., Ashbaugh, K., & Koegel, L. K. (2014). Improving question-asking initiations in young children with autism using pivotal response treatment. *Journal of autism and developmental disorders, 44*(4), 816-827. doi: 10.1007/s10803-013-1932-6.
- *Koenig, K., White, S. W., Pachler, M., Lau, M., Lewis, M., Klin, A., & Scahill, L. (2010). Promoting social skill development in children with pervasive developmental disorders: A feasibility and efficacy study. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*(10), 1209-1218. doi: 10.1007/s10803-010-0979-x.
- Koning, C., Magill-Evans, J., Volden, J., & Dick, B. (2013). Efficacy of cognitive behavior therapy-based social skills intervention for school-aged boys with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(10), 1282-1290. doi: 10.1016/j.rasd.2011.07.011.
- Kraemer, H., Measelle, J., Ablow, J., Essex, M., Boyce, W., & Kupfer, D. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assesment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry, 160*(9), 1566-1577. doi: 10.1176/appi.ajp.160.9.1566.
- Krasny, L., Williams, B. J., Provencal, S., & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: Essential ingredients and a model

curriculum. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 107–122. doi: 0.1016/S1056-4993(02)00051-2.

- *Kroeger, K. A., Schultz, J. R., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(5), 808-817. doi: 10.1007/s10803-006-0207-x.
- *Leaf, J. B., Dotson, W. H., Oppeneheim, M. L., Sheldon, J. B., & Sherman, J. A. (2010). The effectiveness of a group teaching interaction procedure for teaching social skills to young children with a pervasive developmental disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 186-198. doi: 10.1016/j.rasd.2009.09.003.
- *LaGasse, A. B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of music therapy*, 51(3), 250-275. doi: 10.1093/jmt/thu012.
- *Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1025-1036. doi: 10.1007/s10803-011-1339-1.
- *Lerner, M. D., & Mikami, A. Y. (2012). A preliminary randomized controlled trial of two social skills interventions for youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 27(3), 147-157. doi: 10.1177/1088357612450613.

- Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659 - 685. doi:10.1007/BF02172145.
- Lovaas, O. I. (1977). *The autistic child: Language development through behavior modification*. New York: Irvington
- *MacKay, T., Knott, F., & Dunlop, A. W. (2007). Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: A groupwork intervention. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(4), 279-290. doi: 10.1080/13668250701689280.
- Magnuson, K. M., & Constantino, J. N. (2011). Characterization of Depression in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 32(4), 332–340. <http://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318213f56c>.
- *March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M. C., & Schulte, A. (1998). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(6), 585-593. doi: 10.1097/00004583-199806000-00008.
- *Mathews, T. L., Erkfriz-Gay, K. N., Knight, J., Lancaster, B. M., & Kupzyk, K. A. (2013). The effects of social skills training on children with autism spectrum disorders and disruptive behavior disorders. *Children's Health Care*, 42(4), 311-332. doi: 10.1080/02739615.2013.842458
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: a filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, 42, 585-592.

- Matson, J. L., Matson, M. L., & Rivet, T. (2007). Social skills treatment for children with autism spectrum disorders: An overview. *Behavior Modification, 31*(5), 682 – 707. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.004.
- Matson, J. L. & Nebel-Schwalm, M. S. (2006). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview. *Research in Developmental Disabilities, 28*(4), 341-352. doi: 10.1016/j.ridd.2005.12.004.
- Mayes S. D., Calhoun S. L., Mayes R. D., Molitoris S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*, 277-285. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.009>.
- Mayville, E. (2013). The assessment of social skills. In Peter. F. G. & Daniel C. (Eds.), *Social skills and adaptive behavior in learners with autism spectrum disorders* (pp.17-32). Baltimore: Brookes.
- McHale, S. M., Simeonsson, R. J., Marcus, L. M., & Olley, J. G. (1980). The social and symbolic quality of autistic children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 10*(3), 299-310. doi: 10.1007/BF02408289
- McMahon, C. M., Lerner, M. D., Britton, N. (2013). Group-based social skills interventions for adolescents with higher-functioning autism spectrum disorders: a review and looking to the future. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 4*, 23 - 38. doi: 10.2147/AHMT.S25402.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst, 16*(2), 191–206. doi: 10.1007/BF03392623.
- Miller, A., Vernon, T., Wu, V., & Russo, K. (2014). Social skill group interventions for adolescents with autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 1*(4), 254-265. doi: 10.1007/s40489-014-0017-6

- Minne, E. P., & Semrud-Clikeman, M. (2012). A social competence intervention for young children with high functioning autism and Asperger syndrome: a pilot study. *Autism, 16*(6), 586-602. doi: 10.1177/1362361311423384.
- Moreira, W. (2004). Revisão de literatura e desenvolvimento científico: Conceitos e estratégias para confecção. *Janus, 1*(1), 21 - 30.
- Orsmond, G. I., Krauss, M. W., Seltzer, M. M. (2004). Peer Relationships and Social and Recreational Activities among Adolescents and Adults with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(3), 245–256. doi: 10.1023/B:JADD.0000029547.96610.df
- Owens, G., Granader, Y., Humphrey, A., & Baron-Cohen, S. (2008). LEGO® therapy and the social use of language programme: An evaluation of two social skills interventions for children with high functioning autism and Asperger syndrome. *Journal of autism and developmental disorders, 38*(10), 1944. doi: 10.1007/s10803-008-0590-6.
- Ozonoff, S., & Miller, J. N. (1995). Teaching theory of mind: A new approach for social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*(4), 415 - 433. doi: 10/1007/BF02179376
- *Palmen, A., Didden, R., & Arts, M. (2008). Improving question asking in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders: Effectiveness of small-group training. *Autism, 12*(1), 83-98. doi: 10.1177/1362361307085265.
- Pelphrey, K. A., Sasson, N. J., Reznick, J. S., Paul, G., Goldman, B. D., & Piven, J. (2002). Visual scanning of faces in autism. *Journal of Autism Developmental Disorders, 32*(4):249–261. doi: 10.1023/A:1016374617369.
- *Pugliese, C. E., & White, S. W. (2014). Brief report: Problem solving therapy in college students with autism spectrum disorders: Feasibility and preliminary

- efficacy. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 719-729. doi: 10.1007/s10803-013-1914-8.
- Raymond, G., Romanczyk, S. W., & Gillis, J. M. (2005). Social Skills Versus Skilled Social Behavior: A Problematic Distinction in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention* 2(3), 177 - 194. doi: 10.1037/h0100312.
- Reichow, B., Steiner, A., M., Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(7), 1 - 18. doi: 10.1002/14651858.CD008511.pub2.
- Ruble, L. A. (2001). Analysis of social interactions as goal-directed behaviors in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(5), 471-482. doi: 10.1023/A:1012264808377.
- *Ruble, L., Willis, H., & McLaughlin Crabtree, V. (2008). Social skills group therapy for autism spectrum disorders. *Clinical Case Studies*, 7(4), 287-300. doi: 10.1177/1534650107309450.
- Sampaio, A. A. S., & Andery, M. A. P. Abib. (2010). Comportamento social, produção agregada e prática cultural: uma Análise Comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 183-192. doi: 10.1590/S0102-37722010000100020
- Sampaio, R. F., Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de fisioterapia*, 11(1), 83-89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.
- Samson, A. C. & Hegenloh, M. (2010). Structural stimulus properties affect humor processing in individuals with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(4), 438-447. doi: 10.1007/s10803-009-0885-2.

- Shea, V., Mesibov, G. B. (2005). Adolescents and Adults with Autism. In: Volkmar, F. R., Paul, R., Klin, A., Cohen, D. (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (pp. 288–311). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Shriberg, L. D.; Flipsen, J. R. P., Karlosson, H. B., McSweeny, J. L. (2001). Acoustic phenotypes for speech-genetics studies: An acoustic marker for residual /Z / distortions. *Clinical Linguistics Phonetics*, 15(8), 631-650. doi: 10.1080/02699200110069429.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Applenton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1966). Contingencies of reinforcement in the design of a culture. *Behavior Science*, 11(3):159-166. doi: 10.1002/bs.3830110302
- Sigman, M., & Ruskin, E. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(1), 1 - 114. doi: 10.1111/mono.1999.64.issue-1.
- Smith, T., Scahill, L., Dawson, G., Guthrie, D., Lord, C., Odom, S., Wagner, A. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 354-366. doi: 10.1007/s10803-006-0173-3.
- Souza, R. F. (2009). O que é um estudo clínico randomizado? *Revista da faculdade de medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas FMRP*, 42(1), 11-15.
- Spain, D., & Blainey, S. H. (2015). Group social skills interventions for adults with high-functioning autism spectrum disorders: A systematic review. *Autism*, 19(7), 874-886. doi: 10.1177/1362361315587659.

- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales—Second Edition*. Circle Pines, MN: AGS
- *Stichter, J. P., Herzog, M. J., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T., & Gage, N. (2010). Social competence intervention for youth with Asperger syndrome and high-functioning autism: An initial investigation. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(9), 1067-1079. doi: 10.1007/s10803-010-0959-1.
- Sundberg, M. L., & Partington, J.W. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*. Danville, CA: Behavior Analysts, Inc.
- Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*(2), 349–367. doi: 10.1901/jaba.1977.10-349.
- Stokes, M., Newton, N., & Kaur, A. (2007). Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(10), 1969-1986. doi: 10.1007/s10803-006-0344-2.
- Swettenham, J. (1996). Can children with autism be taught to understand false belief using computers? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37*(2), 157–165. doi: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01387.x
- Taylor, B. A. (2013). Improving the social behavior of children with autism. In A. Bondy & M. J. Weiss (Eds.), *Teaching Social Skills to People with Autism: Best Practices in Individualizing Interventions* (pp. 1 a 46). Bethesda, MD: Woodbine House.
- *Tsang, S. K., Shek, D. T., Lam, L. L., Tang, F. L., & Cheung, P. M. (2007). Brief Report: Application of the TEACCH Program on Chinese Pre-School Children with

- Autism—Does Culture Make a Difference?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 390-396. doi: 10.1007/s10803-006-0199-6.
- Turner-Brown, L. M., Perry, T. D., Dichter, G. S., Bodfish, J. W., & Penn, D. L. (2008). Brief Report: Feasibility of Social Cognition and Interaction Training for Adults with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1777–1784. <http://doi.org/10.1007/s10803-008-0545-y>
- Turini, A. B. & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em revista (Belo Horizonte)*, 16(2), 330-350. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200007
- *Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., & Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(10) 1960-1968. doi: 10.1007/s10803-006-0343-3.
- *Tyminski, R. F., & Moore, P. J. (2008). The impact of group psychotherapy on social development in children with pervasive developmental disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(3), 363-379. doi: 10.1521/ijgp.2008.58.3.363.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 145–170. doi: 10.1002/14651858.CD008511.pub2
- Zercher C., Hunt P., Schuler A. L., Webster J. (2001). Increasing joint attention, play and language through peer supported play. *Autism*, 5(4), 374–398. doi: 10.1177/1362361301005004004

- Wechsler D. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para crianças: (WISC-IV): manual de instruções para aplicação e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Tradução do manual original de Maria de Lourdes Duprat. 4ª ed. São Paulo. Casa do Psicólogo; 2013.
- Weiss, M.J. (2013). Behavior Analytic Interventions for Developing Social Skills in Individuals with Autism. In Peter. F. G. & Daniel C (Eds.) *Social skills and adaptive behavior in learners with autism spectrum disorders* (pp. 33-51). Baltimore: Brookes.
- *Weiss, J. A., Viecili, M. A., Sloman, L., & Lunskey, Y. (2013). Direct and indirect psychosocial outcomes for children with autism spectrum disorder and their parents following a parent-involved social skills group intervention. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(4), 303. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6.
- *White, S. W., Koenig, K., & Scahill, L. (2010). Group social skills instruction for adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25(4), 209-219. doi: 10.1177/1088357610380595.
- Whitehouse, A. J. O., Line, E. A., Watt, H. J., & Bishop, D. V. M. (2009). Qualitative aspects of developmental language impairment relate to language and literacy outcome in adulthood. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(4), 489–510. doi: 10.1080/13682820802708080.
- Williams, D. (2010). Theory of own mind in autism: Evidence of a specific deficit in self-awareness? *Autism*, 14. 474-94. doi: 10.1177/1362361310366314.

- *Whyte, E. M., Nelson, K. E., & Khan, K. S. (2013). Learning of idiomatic language expressions in a group intervention for children with autism. *Autism, 17*(4), 449-464. doi: 10.1177/1362361311422530.
- *Wolfberg, P., DeWitt, M., Young, G. S., & Nguyen, T. (2015). Integrated play groups: Promoting symbolic play and social engagement with typical peers in children with ASD across settings. *Journal of autism and developmental disorders, 45*(3), 830-845. doi: 10.1007/s10803-014-2245-0.
- *Yoo, H., Bahn G., Cho I. H., Kim E. K., Kim J. H., Min J. W., Lee W. H., Seo J. S., Jun S. S., Bong G., Cho S., Shin M. S., Kim B. N., Kim J. W., Park S., Laugeson E. A. (2014) A randomized controlled trial of the Korean version of the PEERS Parent-Assisted Social Skills Training Program for teens with ASD. *Autism Research 7*(1), 145-161. doi: 10.1002/aur.1354.
- Zamignani, D. R., Kovac, R., & Vermes, J. S. (2007b). A Clínica e Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Santo André: ESETec.

Apêndices

Apêndice A: Modelo de Tabela usada na organização das informações dos estudos.

(1) DADOS BÁSICOS DOS ESTUDOS						
Referência completa	Filiação dos autores	País de origem da pesquisa	Palavras-chave utilizadas	Periódico		

(2) PARTICIPANTES

Quem recebeu a intervenção?	Gênero	Classificação da faixa etária	Escalas de QI	QI	Diagnóstico principal	Comorbidades	Instrumentos utilizados para diagnosticar ou confirmar o diagnóstico dos participantes	Repertório inicial	Num. de grupos

(2) Participantes

(3) Intervenção

Histórico de intervenção	Tipo de amostragem	Núm de participantes	Tipo de educação	Intensidade	Duração	N. total de sessões	Procedimentos de ensino utilizados	Comp. alvo

(3) Intervenção

(4) Agente de mudança

(5) Medida do comportamento

--	--

Uso de componentes adicionais	Setting da intervenção	Medida do comportamento	Delineamento utilizado

(6) Resultados		(7) Principais limitações do estudo segundo os autores		(7) Generalização	
Quem foi o responsável por avaliar o resultado da intervenção?	Qual resultado?	Foram programadas para que o comportamento-alvo ocorresse sob controle de condições ambientais extra-experimentais?	No caso de SIM, os procedimentos utilizados visavam a transferência da intervenção para:		

(8) Generalização			(9) Abordagem da intervenção segundo o(s) autor(es)	(10) Acordo entre observadores
As habilidades treinadas durante a intervenção foram avaliadas em outros ambientes fora do local onde a intervenção se deu?	Ocorreram sessões de avaliação das H.S. do/s participante/s após o comportamento?	Tempo de intervalo entre intervenção e avaliação da manutenção do comportamento:		

o