UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças

Isabela Maria Freitas Ferreira

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
da USP, como parte das exigências para
obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

ISABELA MARIA FREITAS FERREITA

Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Isabela Maria Freitas

Análise de uma intervenção de promoção de saúde mental com crianças. Ribeirão Preto, 2016.

107 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Neufeld, Carmem Beatriz

1. Promoção de Saúde. 2. Crianças. 3. Habilidades para a Vida. 4. Habilidades Sociais. 5. Abordagem Cognitivo-Comportamental.

Nome: Ferreira, Isabela Maria Freitas

Título: Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto/USP, como parte das exigências para obtenção de grau
de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final do mestrado é mais do que uma conquista, é um sonho realizado. Foram muitos desafios durante esse caminho, muitas etapas vencidas e principalmente muito aprendizado. Serei eternamente grata por todos que tornaram esse desafio possível.

À Deus, pelo dom da vida, e por me proteger e iluminar a minha caminhada durante mais uma etapa da vida.

À minha família, pelo amor e carinho que sempre me ofereceram. Aos meus pais, Dionéia e Carlos, por sempre proporcionarem carinho, otimismo, força e determinação para nunca desistir, sem vocês esse sonho não teria sido realizado. Aos meus irmãos, Eduardo e Fabio e suas respectivas esposas, Viviane e Josiane por sempre se interessarem pelos meus estudos e fazer aquela pergunta típica “como vai o mestrado?”. Obrigada por torcerem por mim.

Ao meu namorado, Murilo, por me acompanhar de forma carinhosa em cada etapa do mestrado, torcendo pelas minhas vitórias, me apoiando em busca de uma alternativa melhor diante das dificuldades e por sempre me fazer sorrir.

À querida Bia, minha orientadora, obrigada pelo carinho, por todas as oportunidades oferecidas desde antes da minha entrada no LaPICC-USP, por acreditar em mim, e por sempre exigir mais e me proporcionar tantas aprendizagens e conhecimentos compartilhados.

À amiga, Ju Maltoni, exemplo de pessoa empática, agradeço pela parceria de PRHAVIDA, mestrado, supervisões, trabalhos manuais, discussões sobre a vida, quanta parceria e companheirismo em uma dupla só.

A todas as amigas do LaPICC-USP, pela contribuição de seus conhecimentos e por tornar toda essa caminhada mais leve e divertida.

Aos amigos de Uberaba, que mesmo distantes sempre me apoiaram e se interessaram por cada etapa do mestrado.

Aos amigos de Ribeirão, que também sempre me apoiaram mesmo diante de alguns períodos de ausência em reuniões e comemorações.

À Prof^a Dr^a Luciana Carla dos Santos Elias e Prof^a Dr^a Sonia Regina Loureiro pelas valiosas contribuições em meu Exame de Qualificação, que me ajudaram a aprofundar em meu estudo e a nortear a finalização do mesmo.

À todos os estagiários que passaram pelo estágio do PRHAVIDA em todos esses anos, contribuindo para seu desenvolvimento, coleta de dados e continuidade deste programa que cada vez mais fui criando amor e motivação para estudar.

As crianças que participaram do PRHAVIDA, contribuindo com essa pesquisa e para minha experiência profissional e pessoal.

Muito obrigada a todos que, direta ou indiretamente acreditaram em mim e tiveram paciência por aguardar o término dessa etapa.

RESUMO

FERREIRA, I. M. F. (2016). *Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A prevalência de problemas de saúde mental em crianças vem aumentando ao longo dos anos. Atualmente os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes na infância; o estresse tem se tornado um problema cada vez mais frequente na população infantil; e grande parte dos casos de depressão na vida adulta tiveram início na infância. Por todos esses problemas que permeiam o desenvolvimento infantil, é importante a criação de práticas que previnam essas dificuldades e promovam a saúde mental em crianças. As Habilidades Sociais (HS) e para a Vida (HV) são partes importantes do contexto de promoção de saúde infantil, contribuindo para um enfrentamento saudável diante das demandas cotidianas. É nesse contexto que os conhecimentos advindos dos estudos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) podem ser importantes para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais na infância. O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar o Programa de Promoção de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA) em grupo de crianças em contexto escolar, visando investigar seus efeitos sobre as medidas de ansiedade, estresse, depressão e HS. O PRHAVIDA tem como principal propósito a promoção de saúde mental para grupo de crianças e adolescentes em contexto escolar, por meio do treinamento de HS e HV, embasado na abordagem Cognitivo-Comportamental. A pesquisa envolveu um delineamento quase-experimental, com uma metodologia pré e pós-teste com grupo lista de espera não equivalente com adição do delineamento cruzado e correlacional preditivo. Utilizou-se de dados secundários. Foram incluídas na amostra os dados referentes a 87 crianças de 8 a 10 anos que participaram do PRHAVIDA entre os anos de 2012 e 2015. Os instrumentos utilizados no estudo foram *Spence Children's Anxiety Scale*, Escala de Estresse Infantil, Inventário de Depressão Infantil e Inventário Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças. Os resultados evidenciaram que após a intervenção houve redução nos sintomas de depressão, ansiedade generalizada e adequação da agressividade, e aumento da adequação da assertividade. Além disso, foi identificado que a reação psicológica com componente depressivo pode prever a ausência da assertividade juntamente com sintomas obsessivos-compulsivos que predizem a assertividade e a ausência da adequação da passividade. O estudo apresentou resultados importantes que podem contribuir para o aperfeiçoamento do programa e sugerindo caminhos para novos estudos de promoção de saúde e prevenção de transtornos mentais na infância.

Palavras-chave: Promoção de Saúde. Crianças. Habilidades para a Vida. Habilidades Sociais. Abordagem Cognitivo-Comportamental

ABSTRACT

FERREIRA, I. M. F. (2016). *Analysis of health promotion intervention with children*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The prevalence of mental health problems in children has increased over the years. Currently anxiety disorders are the most prevalent in childhood; stress has become an increasingly common problem in children; and most cases of depression in adulthood began in childhood. For all these problems that pervade child development, it is important to create practices that prevent these difficulties and promote mental health in children. Social Skills (SS) and Life (LS) are important parts of child health promotion context, contributing to a healthy coping in the face of everyday demands. In this context, the knowledge derived from studies of cognitive-behavioral therapy (CBT) may be important for the development of mental health promotion and prevention of mental disorders in childhood. The aim of this study was to evaluate the Life Skills Promotion Program (PRHAVIDA) in group of children in schools, in order to investigate their effects on measures of anxiety, stress, depression, and HS. The PRHAVIDA has as main purpose the promotion of mental health group of children and adolescents in schools, through the HS and HV training, based on cognitive-behavioral approach. The research involves a quasi-experimental design with methodology pre and post-test with the waiting list group not equivalent with the addition of cross-over design and correlational predictive. Used secondary data. They were included in shows the data for 87 children aged 8 to 10 years who participated in the PRHAVIDA between the years 2012 and 2015. The instruments used in the study were Spence Children's Anxiety Scale, Child Stress Scale, Children's Depression Inventory and Inventory Multimedia Social Skills in Children. The results showed that after the intervention there was a reduction in symptoms of depression, generalized anxiety and adequacy of aggression, and increase the adequacy of assertiveness. In addition, it was identified that the psychological reaction with depressive component can predict the absence of the assertion along with obsessive-compulsive symptoms that foretell assertiveness and lack of adequacy of passivity. The study showed significant results that can contribute to the improvement of the program and suggesting ways for new health promotion studies and prevention of mental disorders in childhood.

Keywords: Health Promotion. Children. Life Skills. Social skills. Cognitive-Behavioral Therapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Descrição das etapas do método do estudo.....	34
Figura 2 - Porcentagem absoluta de sintomas clínicos de ansiedade, estresse e depressão divididas por sexo presentes na amostra do estudo.....	35
Figura 3 - Esquema da relação entre as variáveis do estudo de acordo com o delineamento.....	41
Figura 4 - Número de crianças com sintomas de ansiedade em relação ao sexo	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição e características de cada grupo.....	36
Tabela 2 - Repertório de variáveis presentes no estudo derivadas dos instrumentos utilizados e suas respectivas siglas e nomes.....	40
Tabela 3 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade	50
Tabela 4 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade grupo intervenção versus grupo lista de espera.....	51
Tabela 5 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de depressão.....	53
Tabela 6 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram o repertório de HS no grupo intervenção e lista de espera.....	54
Tabela 7 – Resultados do procedimento post hoc com correção de Bonferroni no grupo intervenção e grupo lista de espera para as variáveis que avaliaram o repertório de HS.....	55
Tabela 8 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis relacionadas com o repertório de HS.....	57
Tabela 9 - Resultados da análise de regressão linear múltipla para o modelo FS, OC, RPD no pré-teste versus SHFM no pós-teste.....	59
Tabela 10 - Resultados da análise de regressão para o modelo OC no pré-teste versus NHPa no pós-teste.....	60
Tabela 11 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade no grupo intervenção e lista de espera.....	88

Tabela 12 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade no grupo intervenção e lista de espera.....	88
Tabela 13 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção e lista de espera.....	89
Tabela 14 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção e lista de espera.....	89
Tabela 15 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de estresse.....	90
Tabela 16 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção versus grupo lista de espera.....	91
Tabela 17 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram o repertório de HS no grupo intervenção e lista de espera.....	92
Tabela 18 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção versus grupo lista de espera.....	93
Tabela 19 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção versus grupo lista de espera.....	94
Tabela 20 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que avaliaram o repertório de HS grupo intervenção versus grupo lista de espera.....	95
Tabela 21 - Resultados da Análise de Correlação de Pearson para as variáveis que mensuraram sintomas clínicos no pré-teste <i>versus</i> variáveis que avaliaram o repertório de HS no pós-teste.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG – Ansiedade Generalizada

APA – American Psychiatric Association

AS – Ansiedade de Separação

CDI - Children's Depression Inventory / Escore total de depressão

ESI – Escala de Estresse Infantil / Escore total de estresse

FE – Fobia Específica

FS – Fobia Social

HS – Habilidades Sociais

HV – Habilidades para a Vida

IMHSC – Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças

NHAA – Adequação da resposta não-habilidosa ativa

NHAF – Frequência da resposta não-habilidosa ativa

NHPA – Adequação da resposta não-habilidosa passiva

NHPF – Frequência da resposta não-habilidosa passiva

OC – Obsessivo-Compulsivo

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PA – Pânico/Agorafobia

RF – Reação física

RP – Reação psicológica

RPD – Reação psicológica com componente depressivo

RPF – Reação psicofisiológica

SCAS - Spence Children's Anxiety Scale / Escore total de ansiedade

SHAM – Adequação média da resposta socialmente habilidosa

SHDM – Dificuldade média da resposta socialmente habilidosa

SHFM – Frequência média da resposta socialmente habilidosa

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Ansiedade infantil	15
1.2 Estresse infantil.....	17
1.3 Depressão infantil.....	18
1.4 Promoção de saúde mental.....	20
1.5 Habilidades para a Vida e Habilidades Sociais.....	23
1.6 Terapia Cognitivo-Comportamental e prática clínica com crianças.....	25
1.7 Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos e o Programa de Promoção de Habilidades para a Vida.....	26
2 OBJETIVOS.....	30
2.1 Objetivo geral.....	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
3 MÉTODO.....	32
3.1 Contexto de pesquisa.....	32
3.2 Delineamento.....	34
3.3 Participantes.....	35
3.4 Aspectos éticos.....	37
3.5 Instrumentos.....	37
3.5.1 <i>Spence Children's Anxiety Scale – SCAS</i>	37
3.5.2 Escala de Estresse Infantil – ESI.....	38
3.5.3 Inventário de Depressão Infantil – CDI.....	38
3.5.4 Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças – IMHSC.....	39
3.6 Procedimento.....	41
3.7 Análise de dados.....	42
3.8 Tratamento dos dados.....	44
4 RESULTADOS.....	48
4.1 Ansiedade.....	48
4.2 Estresse.....	52
4.3 Depressão.....	52
4.4 Habilidades Sociais.....	54
4.5 Resultados das análises preditivas.....	59

5 DISCUSSÃO.....	62
5.1 Estudo comparativo.....	62
5.1.1 Ansiedade.....	62
5.1.2 Estresse.....	66
5.1.3 Depressão.....	68
5.1.4 Habilidades Sociais.....	70
5.2 Estudo Preditivo.....	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	88
ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Devido ao número crescente de sintomas e problemas de saúde infantil, muitos países tem se preocupado com a saúde e bem estar das crianças (Bergnehr & Nekson, 2015). As estimativas atuais indicam prevalência de 10 a 20% de crianças e adolescentes afetados por problemas de saúde mental em todo o mundo (Kieling et al., 2011). No Brasil, a taxa de prevalência varia de 7% a 12,7% (Paula, Duarte & Bordin, 2007). Muitas vezes esses problemas ocorrem devido à negligência das necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes, principalmente em países de baixa e média renda (Kieling et al., 2011).

Múltiplos fatores constituem como um risco para que as crianças apresentem problemas de relacionamento e comportamento, bem como desenvolvam transtornos físicos e mentais. Dentre eles destacam-se as mudanças e as condições socioeconômicas, tais como falta de escolaridade, baixo nível econômico, pressões pela dissolução da família, falta de um lar, condições associadas ao impacto da maturidade precoce, álcool e drogas, e se tornar vítimas ou testemunhas de violência durante o seu desenvolvimento e crescimento (Gawryszewski, Valencich, Carnevale & Marcopito, 2012; Marsh & Graham, 2005).

Uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar os transtornos mentais mais prevalentes na infância e adolescência e fatores associados obteve como resultados poucos estudos sobre transtornos mentais para essa faixa etária. No entanto nos poucos encontrados foi possível concluir que a maior prevalência foi de Depressão, Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, por Uso de Substâncias e Transtorno de Conduta. Em relação aos fatores associados estão os biológicos, genéticos e ambientais, sendo que os grupos de maior risco são sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014).

Uma delicada questão que permeia o diagnóstico nessa fase de desenvolvimento é saber identificar o sutil limiar entre o comportamento que faz parte do desenvolvimento e aquele que vem se tornando patológico, trazendo prejuízos significativos em várias esferas da vida da criança (Avanci, Assis & Pesce, 2008). Dessa forma, os problemas e transtornos na infância merecem atenção, pois uma vez que não tratados e manejados adequadamente, podem trazer consequências piores para a adolescência e vida adulta (Kieling et al., 2011).

1.1. Ansiedade infantil

Dentre os problemas de saúde mental, destaca-se a ansiedade, que vem afetando cada vez mais a população jovem, impactando tanto crianças como adolescentes (Rapee, 2015). A ansiedade pode ser caracterizada com uma resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental do indivíduo de forma antecipada aos eventos considerados por ele altamente aversivos, imprevisíveis e incontroláveis (Clark & Beck, 2012).

Sendo assim, a ansiedade está relacionada à manutenção da integridade do indivíduo, considerada uma sensação comum diante de vários momentos da vida. No entanto, quando em excesso, isto é, a presença e a duração dessas respostas tornam-se inadequadas, podem causar prejuízos ao indivíduo, caracterizando-se como transtorno de ansiedade (Assis, Ximenes, Avanci & Pesce, 2007; Souza, Osório, Schneider & Crippa, 2014). Um pouco mais que uma em cada quatro pessoas irá relatar um transtorno de ansiedade em algum momento da vida, sendo que a maioria tem idade média de início na infância. Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças mentais mais comuns na juventude, com taxas de prevalência entre 9% a 32% durante a infância e adolescência (Hill, Waite & Creswell, 2016).

A literatura afirma que os fatores biológicos e familiares podem estar relacionados com a origem da ansiedade. Ainda há discordâncias sobre o assunto, mas alguns autores afirmam que a transmissão genética predispõe à ansiedade em cerca de 50% (Bögels, Susan & Brechman-Toussaint, 2006). Além disso, outro ponto importante é a relação entre pais e filhos, pois o funcionamento interno da criança vai sendo criado conforme ela lida com as situações do seu cotidiano, por isso a forma com ela se relaciona com os pais, bem como o tratamento que estes dão aos filhos influencia de forma significativa como eles lidam com a ansiedade (Assis et al., 2007).

Segundo Souza et al. (2014) os transtornos de ansiedade na infância não costumam ocorrer sozinhos, é comum a comorbidade entre eles. Até 60% das crianças com transtornos de ansiedade apresentam dois dos seguintes transtornos: transtorno de ansiedade generalizada, de ansiedade de separação e de ansiedade social; e 30% podem preencher critérios para todos eles.

De acordo com Rapee (2015), os transtornos de ansiedade podem afetar o funcionamento social, emocional e acadêmico das crianças, influenciando assim em seu bem-estar geral. Dessa forma, os principais efeitos são baixo repertório de habilidades sociais e de enfrentamento, reduzidas interações sociais, baixa autoestima e desempenho acadêmico. Por essa razão, tais transtornos caso não tratados ainda na infância, podem ser um forte preditor

para transtornos de ansiedade na vida adulta, bem como gerar inúmeros prejuízos, como dificuldade na escolha de carreira, na interação social, abuso de substâncias e o aparecimento de transtornos de humor, como a depressão. Asbahr (2004) ressalta que mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de seu transtorno de ansiedade.

A seguir serão apresentados alguns transtornos de ansiedade que ocorrem na infância:

- Transtorno de Ansiedade de Separação: caracteriza-se por uma ansiedade imprópria e excessiva diante de situações que envolvem o afastamento da criança de sua casa ou da figura de apego, como seus pais ou outras pessoas significativas, causando preocupações persistentes, evitações e sofrimento excessivo. É o transtorno de ansiedade com maior prevalência em crianças com até 12 anos, sendo igualmente comum em ambos os sexos (American Psychiatric Association - APA, 2014).

- Transtorno de Ansiedade Generalizada: corresponde a preocupações excessivas, desproporcionais, expectativa apreensiva acerca de diversas situações e/ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias. Podem ocorrer diversos sintomas como tensão muscular, tremores, inquietação, dificuldade em concentrar, perturbação do sono, entre outros. Para esse diagnóstico em crianças, é necessário apenas um desses sintomas ocorrendo com frequência e causando prejuízos significativos (APA, 2014).

- Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social: medo ou ansiedade intensa e exagerada de situações sociais nas quais a criança pode ser avaliada por outras pessoas. Essa ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem interações com adultos e seus pares. Comportamentos comuns de crianças com esse transtorno são ataques de raiva, choros, imobilidade, esconder-se ou fracasso em falar em situações sociais (APA, 2014).

- Fobia Específica: pode ser definida como um medo intenso de um objeto ou situação. Nas crianças os sintomas podem ser expressos por choro, imobilidade, comportamentos de agarrar-se ou ataques de raiva diante do estímulo fóbico (APA, 2014).

- Transtorno de Pânico: se caracteriza por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Ataques de pânico podem ser entendidos como surtos abruptos de medo ou desconforto intenso, alcançando um pico em minutos, podendo ocorrer sintomas físicos e cognitivos, como por exemplo, taquicardia, sudorese, tremores, tontura, medo de perder o controle, morrer, entre outros. Esse transtorno pode vir acompanhado por Agorafobia (APA, 2014).

- Agorafobia: medo ou ansiedade intensa desencadeada pela exposição real ou prevista a diversas situações, como permanecer em locais fechados ou lugares abertos, multidões, filas, uso de transporte público ou sair de casa sozinho (APA, 2014).

- Transtorno obsessivo-compulsivo: presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são definidas como pensamentos repetitivos e persistentes, intrusivos e indesejados acometendo de forma significativa aspectos e funções da vida da criança. Compulsões: comportamentos repetitivos ou atos mentais que a criança se sente compelida a executar em resposta a obsessão. Crianças pequenas podem ter dificuldade em relatar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais (APA, 2014).

Todos os transtornos citados acima podem ser influenciados por componentes genéticos, fatores desenvolvimentais, história de vida e a percepção da criança referente ao amparo e segurança diante das situações de perigo. Além disso, esses fatores são essenciais para compor o sentimento de autoconfiança e a resiliência da criança, determinando a intensidade e prejuízo que os sintomas de ansiedade podem impactar em sua vida (Assis et al., 2007; Hill et al., 2016).

1.2. Estresse infantil

Outro problema psíquico importante a ser considerado é o estresse infantil, caracterizado como um conjunto de mudanças físicas e psicológicas do organismo como forma de reagir a algum evento estressor ou situações muito excitantes, podendo irritar, amedrontar, confundir e/ou incomodar a criança de alguma forma. O estresse infantil ainda é um assunto pouco discutido no Brasil, no entanto é importante aprofundar os estudos nessa área, pois quando em excesso e de forma intensa, o estresse pode prejudicar o organismo, deixando-o suscetível para o aparecimento de outros quadros de adoecimento físico, bem como psicológico (Lipp, 2014).

Segundo Lipp (2005, 2014) é natural que a criança passe por diversas situações de estresse ainda nos primeiros anos de vida, como hospitalizações, acidentes, nascimento de irmãos, mudanças de casa e escola. Somando a isto, há as tensões geradas pela necessidade cada vez maior de autocontrole, que estão relacionadas à reação da criança diante de eventos que exigem adaptação e mudanças psicológicas, físicas e fisiológicas. No entanto, quando essas tensões ocorrem em excesso e de forma intensa, e excedem a habilidade individual de enfrentamento e resolução de problemas, acaba se tornando prejudicial à criança, fazendo com que a mesma não encontre alternativas adaptativas para lidar com isso (Filgueiras et al., 2013, Lipp, 2014).

Por essas razões entende-se que a prevalência do estresse na criança está relacionado com fatores externos e internos, devido as situações aversivas que podem ocorrer ao longo

dos anos juntamente com a percepção e recursos de enfrentamento que a criança faz dessas situações. É frequente que os pais não reconheçam que seus filhos estão apresentando sintomas de estresse, muitas vezes os sintomas podem ser confundidos com birras e comportamentos desafiadores, porém a falta de conhecimento sobre o estresse patológico pode piorar os sintomas, trazendo prejuízos e problemas de adaptação para diversas áreas da vida da criança (Lipp, 2014).

Todas as situações angustiantes, sejam elas reais ou imaginárias, chegam ao sistema nervoso, onde o hipotálamo recebe os estímulos emocionais, influenciando o funcionamento de outros órgãos e aparecendo em sintomas físicos, como dor de barriga, dor de cabeça, enurese noturna, falta de apetite, mãos frias e suadas, entre outros. Adicionalmente há também os sintomas psicológicos, como por exemplo, terror noturno, agressividade, ansiedade, insegurança e desobediência. O diagnóstico é atribuído quando a criança apresenta vários desses sintomas de intensidade e frequência exagerada, causando prejuízos significativos para sua vida (Lipp, 2014).

Pasin, Paiva e Lannes (2012) ressaltaram que crianças que vivenciam um ambiente escolar e familiar violento e/ou competitivo ao extremo, além do excesso de atividades físicas e mentais, apresentam um índice de estresse excessivo. Um estudo realizado por Sbaraini e Schermann (2008), com o objetivo de identificar a prevalência de estresse e possíveis fatores associados, contou com 883 crianças da 4ª série do Ensino Fundamental, em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. Neste, constatou-se que 18,2% dos participantes apresentaram altas taxas de estresse. Alguns dos fatores associados foram: gênero (mais comum entre crianças do sexo feminino); idade (acima de 10 anos); escola frequentada (pública); estado civil dos pais (não casados); e relação familiar avaliada como ruim.

Segundo Romaniuc e Rubio (2012) o manejo do estresse infantil resulta em uma sociedade com menos problemas de adaptação e produtividade, pois a criança que aprende a lidar com estresse desde cedo possibilita tornar-se um adulto com mais recursos de enfrentamento e consequentemente mais fortalecido, saudável e com maior poder de socialização. Por esses motivos torna-se importante o conhecimento dessa patologia, bem como formas de prevenir e intervir.

1.3. Depressão infantil

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição (DSM-5) a depressão na infância é definida pelos mesmos critérios diagnósticos dos

adolescentes e adultos, sendo caracterizada pela presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Para tal diagnóstico, estes sintomas devem estar presentes durante o período de duas semanas e representarem uma mudança em relação ao funcionamento anterior; e pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (APA, 2014).

Uma vez que a depressão é caracterizada como transtorno de humor, ela abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais e econômicos. Quando ocorre na infância, normalmente, está associada à baixa autoestima, ao isolamento social, à queda no rendimento escolar, ao retraimento e à labilidade emocional (Cruvinel & Boruchovitch, 2008). É considerado um problema do tipo comportamento internalizante, pois os sintomas estão interiorizados na criança (Avanci et al., 2008).

Esse transtorno tem um impacto clínico importante, dado que cerca de 1% a 2% das crianças e 3% a 8% dos adolescentes são diagnosticados com depressão maior em algum momento nessas etapas da vida, e este diagnóstico está associado a prejuízos significativos para a saúde mental e o desenvolvimento ao longo da vida (Kutcher, Souza, Pan, Coelho & Estanislau, 2014; Pennant et al., 2015). Reinecke e Ginsburg (2008) alertaram que no Ocidente a depressão atinge índices indicativos de epidemia, e estimam que aproximadamente 9% das crianças terão passado pelo menos por um episódio severo de depressão até atingirem 14 anos.

Cruvinel e Boruchovitch (2008) realizaram dois estudos para identificar o número de crianças do Ensino Fundamental com sintomas depressivos, em duas amostras de estudantes da cidade de Campinas - SP. No primeiro estudo realizado em 2001, 4% das crianças apresentavam sintomas depressivos, e no segundo estudo realizado em 2004, o índice era de 17%.

É reconhecido na literatura que a depressão em crianças é pouco diagnosticada, pois como os comportamentos da criança costumam ser mais internalizantes, eles não incomodam a família, assim pais e professores não dão a devida atenção, podendo achar qualquer sintoma normal ou que a criança está mais “quieta” (Avanci et al., 2008). Apesar dessa dificuldade no diagnóstico, já se constatou que a depressão infantil está afetando cada vez mais as crianças, podendo ser muitas vezes crônica, recorrente, causando prejuízos e limitações que estão associadas a consequências para toda vida (Pennat, 2015).

Kovacs et al. (1984) afirmaram que cerca de 70% de pacientes com depressão infantil tiveram outro episódio dentro de 5 anos. Segundo a OMS (1993) há uma estimativa para 2020 que a depressão será a segunda maior causa de incapacidade humana. Os estudos indicam que entre 20% a 50% das crianças depressivas possuem comorbidade com dois ou mais transtornos psiquiátricos. Dentre as comorbidades mais comuns estão o Transtorno de Oposição Desafiante e Transtornos de Ansiedade (Avanci et al., 2008).

A combinação de fatores biológicos e estressores ambientais pode alterar o sistema nervoso central, impactando sistemas neurológicos associados ao estímulo, ao temperamento, motivação e funções psicomotoras. Sendo assim, estressores emocionais podem iniciar um ciclo biologicamente predisposto à depressão: os sintomas de depressão levam problema ao meio e este pode levar à piora do quadro clínico (Kitts & Goldman, 2012; Whybrow, 1997). Dentro destes estressores emocionais pode estar o relacionamento familiar, pois comportamentos de superproteção ou negligência, famílias separadas por conflitos e desarmonias, e problemas maritais são estressores que tornam as famílias com relacionamentos emaranhados propiciando o surgimento de sintomas depressivos (Kitts & Goldman, 2012; Turk et al., 2006). Assim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de estratégias, programas, intervenções para a prevenção desse transtorno e/ou alívio de sintomas já na infância, para evitar prejuízos futuros para a vida adulta.

1.4. Promoção de Saúde Mental

Por todos esses problemas que permeiam o desenvolvimento infantil, é importante a criação de práticas que previnam esses acontecimentos e promovam a saúde mental em crianças. O termo saúde mental foi definido na década de 60 a partir da proposta da Psiquiatria Preventiva e Comunitária nos Estados Unidos, com o objetivo de superar a visão do modelo da psiquiatria tradicional, no qual o foco de atuação era o indivíduo doente e seu encaminhamento era para o isolamento social em hospitais psiquiátricos. Essa nova proposta deixou de lado o enfoque na doença e seus sintomas, direcionando para os determinantes da saúde (Schneider, 2015). Depois de muitas transformações, o termo hoje pode ser entendido como um bem-estar cognitivo e emocional, no qual o indivíduo é capaz de se recuperar do estresse cotidiano com suas próprias habilidades, tornando-se produtivo e contribuindo com a comunidade (OMS, 2004).

Segundo Keyes (2007) existem cinco dimensões psicossociais dentro do contexto de saúde mental, são elas: emoções positivas, qualidade de vida percebida, funcionamento

psicológico positivo (no qual se inclui autoaceitação, busca pelo crescimento pessoal), funcionamento social positivo (reconhecimento e respeito pelas diferenças pessoais) e senso de pertencimento a grupos e a comunidades. Sendo assim, a saúde mental é fundamental para uma boa saúde física e bem-estar, podendo influenciar nos aspectos emocionais, sociais, culturais e até mesmo políticos e econômicos, ao longo da vida do indivíduo (OMS, 2004).

A promoção de saúde, termo bastante utilizado nos dias atuais, consiste em uma construção social, determinada por fatores biológicos, ambientais, sociais, políticos, econômicos e culturais (Morés & Silveira, 2013). A Carta de Ottawa (WHO, 1986) foi um dos documentos fundadores da promoção de saúde, que a definiu como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e alcançando o potencial de saúde. A proposta de capacitação dos indivíduos e coletivos tem o objetivo de favorecer a aquisição de controle sobre os determinantes de saúde, para que tenham melhor qualidade de vida. Assim, entende-se que o indivíduo é parte responsável desse processo (Carvalho, 2004).

Dessa forma, a promoção de saúde mental não se direciona a determinada doença ou transtorno, mas objetiva aumentar a saúde mental e o bem-estar de forma global (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005), considerado o primeiro momento da prevenção primária (Silva-Arioli, Schneider, Barbosa & Da Ros, 2013). Consequentemente a promoção de saúde mental está diretamente relacionada à comunidade mais seguras, produtivas, instruídas, coesas e felizes (Murta & Barletta, 2015).

A promoção de saúde mental na infância é um tema bastante frisado na literatura (Davis et al., 2015), uma vez que a infância é um período crucial na promoção das bases para um desenvolvimento saudável e uma boa saúde mental (Barry, Clarke, Jenkins & Patel, 2013). Alguns autores defendem que a promoção de saúde mental na infância é o único caminho viável em curto prazo para reduzir a carga de transtornos mentais na vida adulta (Insel & Scolnick, 2006; Wong, Yocca, Smith & Lee, 2010).

Apesar do reconhecimento da importância da saúde mental na infância, há uma carência na atenção para essa demanda, não apenas em países em desenvolvimento, mas também em países desenvolvidos, consequenciando em uma lacuna entre as necessidades e disponibilidade de recursos (Belfer, 2008), uma vez que profissionais especializados nessa área e a otimização da utilização de técnicas e recursos são dificultadas pela fragmentação de sistemas e a competição por financiamento público limitado (Wissow, Ginneken, Chandna & Rahman, 2016).

Apesar dessas divergências, a literatura vem enfatizando a importância de programas de promoção de saúde universais para crianças, pois eles visam desfechos positivos por meio do aumento de recursos, habilidades e competências (Oliveira, 2012). Mais especificamente objetivando facilitar seu desenvolvimento, a interação saudável e as habilidades para a vida entre a criança e seu ambiente (Nardi, Ferreira & Neufeld, 2015). Em geral os determinantes de saúde e fatores de proteção para transtornos mentais caminham juntos e estão relacionados com as competências individuais, relações familiares positivas (estilos parentais), recursos comunitários (centros esportivos e atividades extracurriculares) e culturais (valores e normas culturais de equidade de gênero). Por esse motivo as intervenções de promoção de saúde são voltadas para atender esses determinantes (Murta & Barletta, 2015).

Essas intervenções podem ter objetivos diferentes, sendo dividido em programas com foco na pessoa, foco no ambiente ou foco combinado (direcionados para mudanças individuais, como também comunitárias e sociais). É comum para a população infantil programas com foco na pessoa, no qual são trabalhados o desenvolvimento e ampliação das habilidades de natureza cognitiva e comportamental (Durlak & Wells, 1997).

Para os programas destinados às crianças tem sido identificado que a escola apresenta configurações adequadas para o estabelecimento dessas intervenções, uma vez que é vista como ambiente protetor de saúde (World Health Organization - WHO, 1986; Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2003). Além disso, pelo fato das crianças passarem uma longa e importante etapa da vida na escola, ela contribui para construção de valores pessoais e significados atribuídos a eventos e situações, que por sua vez, podem estar relacionados à saúde (Guimarães, Aerts & Câmara, 2013), por isso, a escola proporciona uma formação cultural que lhe permite compreender as diversas informações e conhecimentos sobre a saúde (Bergnehr & Nekson, 2015).

Conforme Del Prette e Del Prette (2009) existem três funções fundamentais que justificam a inserção de programas de promoção de saúde mental para crianças nas escolas: a própria função social da escola; a relação entre o desempenho acadêmico e as habilidades sociais; e as políticas de inclusão. Esses autores ainda enfatizam que as intervenções na escola aumentam a acessibilidade aos programas e reduz-se o estigma associado às doenças mentais. Por isso, a promoção e educação de saúde nas escolas podem propiciar a criança uma reflexão de formas e estratégias de viver que a proteja, discutindo comportamentos e hábitos saudáveis (Gomes, 2009).

1.5. Habilidades para a Vida e Habilidades Sociais

Guimarães, Aerts e Câmara (2012) e Gorayeb (2002) salientaram a importância das Habilidades de Vida (HV) como parte do contexto da promoção de saúde mental em escolas, sendo fortemente utilizadas em programas para promover bem-estar e qualidade de vida (Murta & Barletta, 2015).

As HVs são caracterizadas como habilidades necessárias para o comportamento adaptativo e positivo que irão permitir ao indivíduo enfrentar de maneira saudável os desafios e demandas cotidianas (WHO, 1997). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) propôs um conjunto de HVs que correspondem à base das habilidades para promoção de saúde e bem-estar de crianças e adolescentes. São elas: tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento criativo, pensamento crítico, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, autoconhecimento, empatia, lidar com as emoções e com o estresse. A seguir será apresentada de forma mais detalhada essas 10 HVs:

- Resolução de problemas: proporciona a criança lidar de forma construtiva e adaptativa com os problemas do cotidiano, utilizando suas capacidades pessoais e recursos do meio (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016; OMS, 1997).

- Tomada de decisão: concomitante a resolução de problemas, a tomada de decisão tem a função de auxiliar na avaliação de vantagens, riscos e consequências das diferentes situações que a criança passa (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016; OMS, 1997).

- Pensamento crítico: é a capacidade de entender e analisar os eventos de maneira clara e objetiva, identificando as influências que transpassam os valores e as atitudes (Neufeld, Maltoni & Ferreira, 2016; OMS, 1997);

- Pensamento criativo: juntamente com o pensamento crítico, o criativo possibilita explorar as diversas alternativas e consequências para cada situação e decisão, na tentativa de encontrar respostas mais adaptativas (Neufeld, Maltoni & Ferreira, 2016; OMS, 1997);

- Comunicação eficaz: significa se expressar assertivamente diante das situações do cotidiano. Ser assertivo, por sua vez, é expressar pensamentos, sentimentos e comportamentos de maneira clara, apropriada à situação e honesta, respeitando as diferenças de opiniões (Neufeld, Maltoni & Ferreira, 2016; OMS, 1997);

- Relacionamento interpessoal: é a capacidade de interagir com o outro de forma positiva, respeitando às diferenças; como também iniciar e manter boas relações com pares e

familiares, e saber terminá-las quando necessário (Neufeld, Maltoni & Ferreira, 2016, OMS, 1997).

- Autoconhecimento: viabiliza a criança reconhecer suas próprias características, desejos, limitações, emoções e fontes de estresse, possibilitando o respeito a si próprio (Neufeld, Maltoni & Ferreira, 2016, OMS, 1997).

- Empatia: é a habilidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo-o emocionalmente para responder de forma adequada (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016; OMS, 1997).

- Lidar com as emoções: envolve o reconhecimento e a expressividade das emoções agradáveis e desagradáveis de si e dos outros, e a compreensão de como o comportamento pode ser influenciado pelas emoções (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016; OMS, 1997).

- Lidar com o estresse: está relacionado com o discernimento das fontes que podem provocar estresse, o modo como se é afetado por elas, e o desenvolvimento e planejamento de estratégias para enfrentá-las (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016; OMS, 1997).

De acordo com a OPAS essas habilidades podem ser agrupadas de forma que se complementam, podendo ser divididas em: habilidades sociais e interpessoais, cognitivas e habilidades para manejar emoções (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Dessa forma, percebe-se que tais habilidades se integram e são primordiais para um bom desenvolvimento da criança e do adolescente, podendo beneficiá-los e auxiliá-los diante das situações conflituosas do seu cotidiano (Minto et al., 2006).

Dentro do conceito de HV, há variáveis focadas no aspecto social, que são denominadas Habilidades Sociais (HS). Segundo Del Prette e Del Prette (2005) as HSs se caracterizam pelo “repertório de comportamentos sociais necessários para a construção de relações interpessoais saudáveis e produtivas” (p.71). Os mesmos autores identificaram conjuntos de habilidades relevantes para as crianças lidarem com as demandas do seu ambiente social, são elas: autocontrole e expressividade emocional, empatia, civilidade, assertividade, fazer amizades, habilidades sociais acadêmicas e solução de problemas interpessoais.

Sendo assim, entende-se que as HSs contribuem para adaptação do indivíduo aos contextos sociais e na sua satisfação em seus relacionamentos interpessoais (Carminatti & Krug, 2010). No caso das crianças que apresentam um repertório de HS mais adaptativo tem maior chance de estabelecer relações harmoniosas com colegas, pais, professores, entre outras pessoas que fazem parte do seu convívio (Del Prette e Del Prette, 2005). Por isso, compreende-se que as HS são entendidas como fatores de proteção para uma trajetória de

desenvolvimento saudável da criança, atuando na prevenção de problemas na infância e na promoção de saúde, tanto física como mental. Quando tais habilidades não estão presentes no cotidiano das crianças e/ou não são estimuladas de forma adequada, inúmeros prejuízos podem ocorrer (Del Prette, Rocha & Del Prette, 2011).

Dessa maneira percebe-se que as HSs e HVs são desenvolvidas a partir das experiências da criança com ela mesma e com os outros, por isso suas interações com os familiares, pares, professores, juntamente o apoio que ela recebe de todos estes e sua interpretação diante das situações do ambiente são os fatores primordiais que vão influenciar na construção do repertório dessas habilidades, alcançando consequentemente estratégias de enfrentamento saudáveis. Não há um consenso na literatura sobre quando se inicia a aprendizagem de tais habilidades, no entanto não há dúvida que desenvolvê-las na infância facilita a vida do indivíduo em qualquer ciclo vital que ele esteja (Del Prette & Del Prette, 2013; WHO, 1997).

1.6. Terapia Cognitivo-Comportamental e prática clínica com crianças

Segundo Murta e Barletta (2015) os conhecimentos advindos dos estudos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) podem ser importantes para o desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais na infância. De acordo com Oliveira (2012) os programas brasileiros de promoção de saúde e prevenção de fatores de risco são em grande parte, embasados no modelo teórico da TCC.

A TCC propõe que a forma como o indivíduo interpreta os eventos que ocorrem em sua vida influencia em suas emoções e na maneira com que se comporta diante de tais situações (Beck, 2013; Pereira & Rangé, 2011). Quando o indivíduo distorce sua capacidade de percepção de si mesmo, do ambiente e de suas perspectivas futuras acaba trazendo sofrimento psicológico a ele, bem como prejuízos em várias áreas de sua vida (Pereira & Rangé, 2011). Sendo assim, a TCC trabalha com modificações e flexibilizações dos pensamentos para manter a melhora do humor, tornando os comportamentos mais adaptativos (Beck, 2013).

No que tange à prática clínica e às bases teóricas da TCC com crianças, ressalta-se que o embasamento teórico é o mesmo para crianças e adultos. Da mesma forma que para a população adulta, o trabalho com as crianças tem como um dos principais objetivos ajudar no processo de identificar, compreender e avaliar pensamentos, suposições e sentimentos; e

consequentemente compreender e adaptar seus comportamentos (Stallard, 2007). O que difere a TCC infantil e para adultos são as técnicas utilizadas para trabalhar os conceitos, pois há algumas especificidades que precisam de cuidados, isto é, para o atendimento a população infantil é necessário a empatia, a disposição de ajuda e o gosto por brincar por parte do terapeuta, que deve flexibilizar os protocolos de TCC de acordo com os problemas de cada criança, suas família, a escola, seu contexto social, histórico e cultural (Petersen, Bunge, Mandil, & Gomar, 2011).

Segundo Friedberg e Brelsford (2011) há dois principais processos que devem ser considerados quanto à prática da TCC com crianças. Primeiro, a necessidade de ter uma visão geral e descritiva dos problemas e do funcionamento da criança. Segundo, após identificar os sintomas, é preciso investigar o papel dos fatores cognitivos na etiologia das suas perturbações emocionais e comportamentais.

Outro fator que corrobora a realidade da TCC na infância é que, atualmente, há evidências que é possível realizar intervenções em crianças menores de 12 anos, uma vez que elas já esboçam o funcionamento cognitivo. Dessa forma, levando em consideração as especificidades e flexibilizações necessárias é possível intervir com a criança, evitando que os prejuízos se prolonguem pela vida adulta (Caminha, Caminha, Fontenelle & Soares, 2011)

1.7. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos e o Programa de Promoção de Habilidade para a Vida

Com os avanços da TCC, vários pesquisadores têm se voltado para o estudo desta abordagem em grupos, denominada Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG) tanto para a população infanto-juvenil como adulta. Além dos pressupostos da terapia individual, há outros fatores importantes para ser considerados na disposição grupal, como por exemplo, os terapeutas de grupo precisam estar sensíveis aos fatores processuais, às relações entre os membros, ao encorajamento dos participantes, à abertura para ouvir e aos problemas na estrutura do grupo, uma vez que todos esses fatores contribuem para o bom andamento da terapia (Neufeld, 2011).

Existem tipos de grupos de TCCG que se diferenciam quanto ao formato que podem ser organizados e o objetivo que pretendem desempenhar, são eles: grupos de apoio, grupos de psicoeducação, grupos de orientação e/ou treinamento e grupos terapêuticos. Em especial para os grupos voltados para orientação ou treinamento, estes se caracterizam por executar atividades práticas, oferecer informações e auxiliar na identificação de pensamentos, emoções

e comportamentos, com o objetivo de orientar os participantes para as mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais (Neufeld, 2011).

A literatura vem apontando que a maior causa de problemas comportamentais na infância é devido à ausência de habilidades interpessoais na criança e a falta de habilidades de criação dos pais (Chamberlain et al., 2008). É nesse contexto que vem sendo indicado o treinamento de HV, como uma das estratégias usadas para promover saúde mental de crianças e adolescentes. Esses treinamentos costumam focar no desenvolvimento das competências sociais da criança, na ampliação do repertório dessas habilidades e promoção de saúde geral (WHO, 2003).

Um exemplo de treinamento de HV é o PRHAVIDA – Programa de Promoção de Habilidade para a Vida, que consiste em um programa de promoção de saúde mental destinado a grupos de crianças e adolescentes em contexto escolar, com o objetivo de psicoeducar e treinar as HSs e HVs, embasados na abordagem Cognitivo-Comportamental. Este programa é voltado para grupos em que não há focos específicos de demanda, isto é, grupos heterogêneos, por isso ele não é específico para uma sintomatologia, mas sim é um programa de promoção de saúde universal (Neufeld, Daolio, Cassiano, Rossetto & Cavenage, 2014).

O público alvo desse programa são crianças de 8 a 10 anos, que cursam o 3º Ano do Ensino Fundamental, e adolescentes de 12 a 14 anos, que cursam o 7º Ano do Ensino Fundamental. Seu programa é composto de 11 sessões de cerca de 50 minutos cada, em que são abordados temas como a Identidade e Regras do grupo, psicoeducação de HS e HV, Direitos Humanos e Civilidade, Empatia, Assertividade, Emoções, Modelo Cognitivo e Resolução de Problemas. Dessa forma, percebe-se que o programa aborda as principais HS e HV, trabalhando juntamente com os pressupostos da TCC (Neufeld et al., 2014).

Nardi (2013) realizou um estudo com o objetivo de verificar os resultados imediatos do programa PRHAVIDA, para isso adotou-se como metodologia de aplicação de instrumentos de avaliação no pré e pós-teste da intervenção em dois grupos, totalizando 22 crianças. Nesse trabalho foi demonstrado que houve melhora na variável depressão em ambos os grupos. No entanto, a autora sugeriu estudos futuros com uma amostra maior, que comparassem os dados entre um grupo experimental e grupo controle.

Devido o aumento da preocupação com a saúde mental da população infantil e a partir do exposto acima, verificou-se a necessidade de realizar uma nova investigação sobre os efeitos do PRHAVIDA, tanto para confirmar os resultados do estudo de Nardi (2013), como para aperfeiçoar os estudos na área de programas de promoção de saúde por meio do

treinamento de HV e HS. Avaliando os efeitos desse tipo de intervenção e constatando que ela realmente promove saúde mental, é possível sugerir adaptações e melhorias no trabalho realizado, como também ampliar tais trabalhos dentro da escola e em outros ambientes promotores de saúde.

2 OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral do presente trabalho foi avaliar o programa PRHAVIDA em grupo de crianças em contexto escolar, visando investigar seus efeitos sobre as medidas de ansiedade, depressão, estresse e HS.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Analisar as diferenças entre os escores identificados em cada grupo antes e após a intervenção/espera para as variáveis ansiedade, depressão, estresse e HS;
- b) Avaliar e comparar se houve diferenças entre os escores nos pós-testes das crianças do grupo intervenção e das crianças do grupo lista de espera;
- c) Verificar se os índices de ansiedade, depressão e estresse antes da intervenção contribuíram para aumentar ou diminuir o repertório de HS ao final da intervenção.

3 MÉTODO

3. MÉTODO

3.1. Contexto de Pesquisa – Procedimento de Aplicação do PRHAVIDA

A presente investigação integra uma pesquisa maior intitulada “Promoção de Saúde na Infância e Adolescência em uma Perspectiva Cognitivo-Comportamental”. Dessa forma, tal investigação utilizou de dados secundários da pesquisa maior. Assim, faz-se necessário contextualizar essa pesquisa, visando esclarecer todas as questões metodológicas, uma vez que ambos os estudos apresentam a mesma metodologia. A seguir, constam informações sobre tal estudo, julgadas necessárias para compreender com mais clareza o presente projeto.

A pesquisa ampla objetivou apresentar e aplicar o PRHAVIDA em um contexto escolar para grupos de crianças e adolescentes, nos quais não existiam focos específicos de demanda (grupos heterogêneos). É um programa universal de promoção de saúde embasado na abordagem Cognitivo-Comportamental, ocorrendo até os dias atuais. O público alvo desse programa são crianças de 8 a 10 anos, que cursam o 3º Ano do Ensino Fundamental, e adolescentes de 12 a 14 anos, que cursam o 7º Ano do Ensino Fundamental (Neufeld et al., 2014).

Segundo as autoras citadas acima, o PRHAVIDA foi criado ao longo dos anos de 2009 e 2010, e vem sendo reaplicado desde então por estagiários do 4º e 5º anos do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), que recebem treinamentos e supervisão semanal. A responsável por esse projeto é a Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld, professora e pesquisadora da mesma universidade, coordenadora do LaPICC-USP e orientadora da presente pesquisa.

A escolha da instituição para realização das intervenções do PRHAVIDA foi feita a partir de uma parceria de pesquisa entre uma escola municipal do interior do estado de São Paulo e o LaPICC-USP. Essa escola oferece ensino do 1º ao 9º do Ensino Fundamental. Para as crianças do 1º ao 4º do Ensino Fundamental, a escola oferece a possibilidade de ensino integral, em que as aulas regulares acontecem no período da manhã e as atividades extracurriculares no período da tarde, horário em que a aplicação do PRHAVIDA ocorre. A escolha das turmas para a realização da intervenção é por conveniência. O local da aplicação do programa é uma sala de aula que esteja desocupada no período da tarde, preestabelecida no início de cada semestre e acordado entre escola e terapeutas.

O programa é estruturado da seguinte maneira: inicialmente crianças e adolescentes são convidados a participar do mesmo. Para aqueles que mostram interesse são entregues aos seus pais/responsáveis uma carta-convite sobre o programa (ANEXO A), no qual é feito um convite aos filhos e apresentação da proposta aos pais. Os pais/responsáveis recebem o termo de consentimento livre e esclarecido referente à participação do filho (TCLE - ANEXO B), contendo os detalhes e esclarecimentos do funcionamento de todas as etapas da pesquisa; e o termo de consentimento de uso de banco de dados (TCUD - ANEXO C), explicando o motivo do armazenamento dos dados. Após a anuência dos pais, os participantes passam pela fase do pré-teste 1, durante a qual são aplicados instrumentos para investigar presença de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e o repertório de HS. Depois desse momento, os participantes são divididos em dois grupos de forma aleatória, no qual a primeira metade das crianças que devolvem os termos é direcionada para o grupo intervenção e as demais para o grupo lista de espera, preservando que os grupos sejam heterogêneos e atendendo a proposta do programa em ser do tipo universal.

Após a divisão, o grupo intervenção participa do programa, que é composto de 11 sessões de cerca de 50 minutos cada. Nestas, são abordados temas como a Identidade e Regras do grupo, psicoeducação de HS e HV, Direitos Humanos e Civilidade, Empatia, Assertividade, Emoções, Modelo Cognitivo e Resolução de Problemas (o programa completo encontra-se no Anexo D). Ao final do programa há uma nova fase de testagem (pós-teste 1 / pré-teste 2), na qual novamente todos os participantes respondem aos mesmos instrumentos do pré-teste 1. Após esse momento, o grupo lista de espera participa do programa e ao final apenas esse grupo passa novamente pela testagem (Pós-teste 2).

Cabe ressaltar que o grupo intervenção é caracterizado por aquele grupo que recebe a intervenção no primeiro momento, logo após a fase do pré-teste 1. Já o grupo lista de espera também passa pela intervenção, mas em um segundo momento, após passar por dois pré-testes, o primeiro é o mesmo que o pré-teste do grupo intervenção e o segundo é ao término da aplicação do programa no grupo intervenção que para este é denominado pós-teste 1, mas para o grupo lista de espera é denominado pré-teste 2. Portanto, as etapas pós-teste 1 e pré-teste 2 correspondem ao mesmo procedimento, o que altera é a nomenclatura devido ao tipo de grupo que realiza essa etapa. A figura 1 ilustra tal procedimento. Ainda é importante frisar que o grupo lista de espera se diferencia de um grupo controle, pois no primeiro momento ele exerce a função de comparação ao grupo intervenção, e no segundo momento recebe a intervenção por questões éticas, uma vez que o programa é de promoção de saúde, ele possibilita aprendizagens e benefícios aos participantes, não causando prejuízos. Ainda caso

seja verificado algum prejuízo durante as testagens, mesmo por conta de fatores externos, as estagiárias entram em contato com os responsáveis pela criança e a encaminham para uma avaliação mais aprofundada e um atendimento psicológico, os orientando sobre os serviços psicológicos gratuitos do município.

Figura 1. Descrição das etapas do método do estudo.

3.2. Delineamento

Apesar de a pesquisa utilizar dados secundários, faz-se necessário esclarecer o delineamento, uma vez que este influencia na análise dos dados. Sendo assim, para atender os objetivos, este estudo envolveu dois tipos de delineamento, primeiro um delineamento quase-experimental, de pré e pós-teste com grupo lista de espera não equivalente (Cozby, 2003) com adição do delineamento cruzado (Hussey & Huges, 2007); e o segundo um delineamento correlacional preditivo (Cozby, 2003). Ressaltar-se que os grupos foram heterogêneos e não randomizados.

O estudo contou com oito grupos de crianças, sendo quatro grupos intervenção e quatro grupos lista de espera. Cabe ressaltar que não foi definido um n exato, mas sim foram utilizados os dados de todos os participantes, cujos pais assinaram o termo de consentimento de uso de banco de dados desde 2012. Para atender os objetivos do estudo as análises quantitativas foram feitas intragrupos e intergrupos comparando igualdades e diferenças nas condições iniciais e finais dos participantes e diferenças entre os grupos após a intervenção. Salienta-se que a pesquisadora participou das testagens e aplicação do programa a partir do ano de 2013, como observadora e nos anos de 2014 e 2015 como supervisora monitora.

3.3. Participantes

Foram incluídas na amostra os dados referentes a 87 crianças de 8 a 10 anos, com idade média de 8 anos e 2 meses ($DP=0,4$), de ambos os sexos, que participaram do PRHAVIDA entre os anos de 2012 e 2015, sob anuência dos pais/responsáveis, que também autorizaram o armazenamento e uso dos dados coletados. Quanto ao sexo, 57,47% ($n=50$) do total das crianças eram meninos. Em relação aos sintomas clínicos apresentados pelas crianças, foi observado que a variável com maior prevalência na amostra foi a ansiedade, seguida de estresse e depressão (Figura 2).

Figura 2. Porcentagem absoluta de sintomas clínicos de ansiedade, estresse e depressão divididas por sexo presentes na amostra do estudo.

As crianças foram alocadas em 8 grupos (quatro grupos intervenção e quatro grupos lista de espera) como pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela1 – Distribuição e características de cada grupo

Grupo	Tipo de grupo / Ano	N	Média da idade (DP)	Número de participantes por sexo
G1	Grupo intervenção 2012	11	8 anos (DP=0)	6 meninas 5 meninos
G2	Grupo lista de espera 2012	10	8 anos e 7 meses (DP=0,5)	2 meninas 8 meninos
G3	Grupo intervenção 2013	13	8 anos (DP=0)	6 meninas 7 meninos
G4	Grupo lista de espera 2013	12	8 anos e 1 mês (DP=0,3)	6 meninas 6 meninos
G5	Grupo intervenção 2014	12	8 anos e 3 meses (DP=0,6)	6 meninas 6 meninos
G6	Grupo lista de espera 2014	12	8 anos e 2 meses (DP=0,4)	6 meninas 6 meninos
G7	Grupo intervenção 2015	9	8 anos (DP=0)	2 meninas 7 meninos
G8	Grupo lista de espera 2015	8	8 anos e 1 mês (DP=0,3)	3 meninas 5 meninos

Determinou-se o uso dos dados desses anos, pois a coleta de dados do programa com os instrumentos necessários para alcançar todos os objetivos da pesquisa iniciou-se em 2012 e a análise dos dados foi iniciada em 2016, por isso foram utilizados os dados entre os anos de 2012 a 2015. Apesar de o PRHAVIDA ser voltado para crianças e adolescentes, o presente trabalho utilizou os dados referente à aplicação com as crianças por motivo de conveniência.

Foram excluídas do estudo crianças abaixo de oito anos e acima de 10 anos; e as crianças que participaram do programa, mas os pais não autorizaram o armazenamento dos dados. Dessa forma, devido a esses critérios foram excluídas cinco crianças do total da amostra.

3.4. Aspectos éticos

O projeto maior foi submetido à apreciação ética e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FFCLRP-USP sob o nº532/2010 – 2010.1.1965.59.1 (CAAE nº 21367513.9.0000.5407) (ANEXO E). Apesar de o presente trabalho fazer parte desse projeto maior, ele também foi submetido à apreciação ética e aprovado (CAAE nº 44966915.0.0000.5407) pelo mesmo CEP (ANEXO F), seguindo todos os procedimentos éticos previstos na resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, com pedido dispensa de uso de TCLE devido a pesquisa adotar o uso de dados secundários.

3.5. Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados para avaliação de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e o repertório de HS na amostra do estudo:

3.5.1. *Spence Children's Anxiety Scale - SCAS (Spence, 1997, 1998)*

Instrumento adaptado e validado para a população brasileira por De Sousa et al. (2014) por meio de um estudo com 725 estudantes de três estados brasileiros (Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe)¹. Ele objetiva investigar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes de oito a 14 anos, baseados nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002). Sendo assim, foi estruturado considerando seis grupos de sintomas de ansiedade: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Ansiedade de Separação, Ansiedade Social, Transtorno de Pânico / Agorafobia, Ansiedade Generalizada e Fobia Específica. Conta com 44 itens, dos quais 38 refletem sintomas específicos de ansiedade e seis são itens de preenchimento para reduzir o viés da resposta negativa. Cada questão conta com quatro opções de respostas: “Nunca”, “Às vezes”, “Muitas vezes”, “Sempre” para indicar com que frequência cada um dos itens acontecem com a criança. É importante ressaltar que não foram encontrados estudos que afirmassem o ponto de corte para a população brasileira, por isso adotou-se o ponto de corte de 42 pontos da literatura internacional (Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000). Apresentou uma satisfatória consistência interna, por meio do Alpha de Cronbach de 0,88 no estudo de De Sousa et al. (2014).

¹ Dados parciais do projeto maior de aplicação do PRHAVIDA colaboraram em parceria com trabalho do autor citado para a validação do instrumento.

3.5.2. Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005)

Este instrumento é brasileiro, já foi validado para a população infantil e tem como objetivo avaliar sintomas de estresse em crianças de 6 a 14 anos de idade. É composto por 35 itens em escala *likert* (0 a 5 pontos), registrada em quartos de círculos, abordando os fatores de reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas do estresse. Esse instrumento permite classificar o estresse em quatro fases: alerta ou alarme, defesa ou resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de comprometimento e prejuízo significativo é a partir da quase-exaustão, na qual a criança não mais consegue resistir aos estressores presentes em sua vida. Os critérios para encaixar nessa fase são:

- Nota igual ou maior que 22 pontos obtida no fator “reações físicas” ou;
- Nota igual ou maior que 29 pontos obtida no fator “reações psicológicas” ou;
- Nota igual ou maior que 21 pontos obtida no fator “reações psicológicas com componente depressivo” ou;
- Nota igual ou maior que 21 pontos obtida no fator “reações psicofisiológicas” ou;
- Nota total da escala acima de 79,40 pontos ou;
- Quando aparecem círculos completamente cheios (5 pontos) em 7 ou mais itens da escala total.

Cabe ressaltar que as reações são definidas por itens agrupados em um mesmo fator, medindo algo em comum. A consistência interna do instrumento foi satisfatória, apresentada pelo Alpha de Cronbach de 0,89 (Lipp & Lucarelli, 2005).

3.5.3. Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1992)

Foi desenvolvido por Kovács, em 1992, e adaptado, normatizado e validado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Esse instrumento visa identificar a presença de sintomas de depressão em crianças e adolescentes dos sete aos 17 anos. É composto por 27 itens, nos quais há três respostas pontuadas de 0 a 2, em que a criança assinala aquela que mais se aproximou. O inventário apresenta ponto de corte 17 (Gouveia et al, 1995). É um instrumento de fácil aplicação e correção, que diversas vezes teve seus parâmetros psicométricos avaliados e satisfatórios, como no estudo de Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008) apresentando um Alpha de Cronbach de 0,80, em Coutinho, Oliveira, Pereira e Santana (2014), um Alpha de Cronbach de 0,82 e em Gouveia et al. (1995), um Alpha de 0,81.

3.5.4. Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças - IMHSC (Del Prette & Del Prette, 2005)

Consiste em um inventário com o objetivo de auto avaliar o repertório de HS das crianças. Esse instrumento faz parte de um conjunto de materiais para a avaliação de HS (Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças - SMHSC-Del-Prette), que engloba o inventário de auto avaliação de HS, avaliação da criança pelo professor e de avaliação do professor sobre os itens de habilidades. Existem as versões informatizadas e impressas. Para a coleta de dados do PRHAVIDA foi utilizado o IMHSC-Del-Prette na versão informatizada. Tal instrumento é composto por 21 itens de situações de interação da criança com outras crianças e com adultos. Em cada item apresenta-se uma situação seguida de três alternativas de reação: a reação habilidosa esperada e dois tipos de reações não habilidosas (ativa e passiva). Para indicar sua resposta, a criança é solicitada a avaliar a adequação que atribui a cada uma das reações, a frequência com que costuma apresenta-las e a dificuldade de emitir a reação socialmente habilidosa. As situações que aparecem no inventário ocorrem principalmente em ambiente escolar, dada sua importância para a socialização e o ajustamento da criança nessa fase do seu desenvolvimento.

É importante ressaltar que esse instrumento não possui pontos de corte, mas sim intervalos de escores dos padrões disponíveis de referência normativa, do principal estudo utilizado para validar o instrumento. Sendo assim, a correção dos escores foi por meio de análise interindividual, que compara os escores da criança em relação a um grupo normativo para identificar se ela se situa dentro ou fora dos padrões estatísticos médios da amostra de referência. Cabe ressaltar que esse intervalo médio corresponde a um desvio-padrão acima ou abaixo da média da amostra de referência (Del Prette & Del Prette, 2005).

Esse instrumento é brasileiro e foi validado para a população infantil, para a qual apresentou uma consistência interna dada pelo coeficiente Alpha de Cronbach de 0,64 para frequência e 0,68 para dificuldade, sendo esses dados abaixo do satisfatório, porém razoáveis (Del Prette & Del Prette, 2005).

Devido à utilização dos instrumentos citados acima, o estudo contou com variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade, estresse, depressão e o repertório de HS (Tabela 2):

Tabela 2 – Repertório de variáveis presentes no estudo derivadas dos instrumentos utilizados e suas respectivas siglas e nomes

Repertório avaliado	Sigla da variável	Nome da variável
Variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade	SCAS	Escore total de ansiedade
	AG	Ansiedade generalizada
	AS	Ansiedade de separação
	FS	Fobia social
	OC	Obsessivo-compulsivo
	PA	Pânico / Agorafobia
Variáveis que mensuraram sintomas de estresse	FE	Fobia Específica
	ESI	Escore total estresse
	RF	Reação física
	RP	Reação psicológica
	RPD	Reação psicológica com componente depressivo
Variável que mensurou sintoma de depressão	RPF	Reação psicofisiológica
	CDI	Escore total de depressão
Variáveis que avaliaram o repertório de HS	SHFM	Frequência média da resposta habilidosa
	SHDM	Dificuldade média da resposta habilidosa
	SHAM	Adequação média da resposta habilidosa
	NHPF	Frequência da resposta não habilidosa passiva
	NHPA	Adequação da resposta não habilidosa passiva
	NHAF	Frequência da resposta não habilidosa ativa
	NHAA	Adequação da resposta não habilidosa ativa

É importante diferenciar a função que as variáveis exercem, entre variável dependente (VD) e independente (VI) de acordo com o delineamento utilizado. Essa diferenciação pode ser visualizada na figura 3.

Figura 3. Esquema da relação entre as variáveis do estudo de acordo com o delineamento.

3.6. Procedimento

Após aprovação pelo CEP, a pesquisadora organizou os dados arquivados no banco de dados, realizando a conferência dos itens presentes no banco com os seus respectivos protocolos. Foi criado um novo banco específico para a presente pesquisa, em que foram digitados todos os escores dos instrumentos citados acima, separados em dados do pré-teste 1, pós-teste 1/pré-teste 2 e pós-teste 2. As crianças foram identificadas por números. Após a organização do banco foi iniciada a análise dos dados. Salienta-se ainda que todas as fases desse projeto foram realizadas no LaPICC-USP.

3.7. Análise dos dados

Após a criação e organização do banco de dados, iniciaram-se as análises com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 22.0. Foi utilizada estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra. Os dados também foram analisados por meio da estatística inferencial. O nível de significância adotado para esse estudo foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Inicialmente, com o objetivo de tomar conhecimento sobre os dados, bem como decidir quais testes estatísticos seriam utilizados, verificou-se se as variáveis do estudo nessa amostra seguem distribuição semelhante à distribuição normal por meio do Teste de Normalidade Shapiro-Wilk. Optou-se por esse teste, pois o n de cada grupo foi menor que 50 (Field, 2009). Nesse momento os grupos foram tratados separadamente para não alterar qualquer resultado.

Segundo Field (2009) uma distribuição pode se desviar de uma normal de duas principais maneiras: falta de simetria e achatamento. A falta de simetria, chamada assimetria, ocorre quando os escores mais frequentes estão concentrados em um dos lados da escala, se desviando da distribuição normal. Já o achatamento, conhecido como curtose, refere-se ao grau que os escores estão concentrados na cauda da distribuição, podendo ser uma concentração densa (platicúrtica) ou fraca (leptocúrticas) na cauda, o que difere da distribuição semelhante à normal. De acordo com Kline (1988), é admissível valores de até 3,0 para assimetria e 7,0 para curtose, acima desses valores indicam violação séria do pressuposto da normalidade. Sendo assim, a partir da literatura, as variáveis que obtiveram valores significativos ($p < 0,05$) no teste Shapiro-Wilk, indicando um desvio da normalidade, procurou-se observar os valores de assimetria e curtose para verificar se encaixam no pressuposto da normalidade.

É importante ressaltar que na presente pesquisa foram encontrados valores atípicos, nos quais estavam distorcendo a normalidade do restante dos dados da variável. Segundo Field (2009) o valor atípico é um escore bastante destoante do resto dos dados. Dessa forma, quando são detectados valores atípicos nos dados, existem formas de reduzir o impacto desses valores. Utiliza-se olhar o escore- z para verificar a existência de valores atípicos. Sendo assim, os dados são transformados em escore- z como uma maneira de padronizá-los, com intuito de observar e contar quantos escores estão situados fora dos limites previamente definidos. Em uma distribuição normal, é esperado que aproximadamente 5% tenham valores

superiores a 1,96, 1% tenham valores maiores que 2,58 e praticamente nenhum esteja acima de 3,29 (Field, 2009). O presente estudo seguiu esses pressupostos e os valores que estavam fora dessa definição foram substituídos pelo método da média mais dois desvios padrão. Optou-se por esse método, pois de todas as formas de corrigir problemas nos dados julgou-se que esse seria o melhor, pois o valor alterado não foi representativo e poderia distorcer os dados como um todo (maiores informações a respeito dessa substituição estão descritas no item 3.8 sobre tratamento de dados).

Optou-se pelo teste Análise de Variância – ANOVA para amostras independentes com o intuito de verificar possíveis diferenças entre os grupos intervenção no pré-teste (G1, G3, G5 e G7) e outra análise para mesma observação nos grupos lista de espera no pré-teste (G2, G4, G6 e G8). No entanto antes de realizar tal teste foi necessário verificar a homogeneidade das variâncias, que significa a variabilidade dos dados ao redor da média. Assim, à medida que se avança entre os níveis de uma variável, a variância da outra não deve mudar, isto é, a variância da variável deve ser a mesma em cada um desses grupos. O teste de Levene é uma possibilidade para testar se a variância dos grupos é a mesma (Field, 2009). A partir disso, optou-se por utilizar esse teste no presente estudo.

Para a realização da ANOVA também é necessária a escolha do *post hoc* mais adequado para a amostra. Testes *post hoc* consistem em comparações em pares planejadas para comparar todas as possíveis combinações dos grupos que estão sendo testados (Field, 2009). No presente estudo foi adotado o *post hoc* Bonferroni quando identificado que as variâncias são homogêneas, considerado o mais potente para amostras pequenas (Marôco, 2011, Field, 2009).

Ao término das escolhas do *post hoc* foi executada a análise de variância de uma via (ANOVA) para amostras independentes. Cabe ressaltar que a ANOVA verifica a existência de diferenças e o teste *post hoc* mostra em qual par de grupos encontra-se essa diferença. A partir destes testes foi possível verificar se os três grupos intervenção poderiam ser tratados apenas como um único grupo intervenção e, da mesma forma, com o grupo lista de espera. Caso contrário, o *post hoc* informa qual grupo foi destoante dos demais.

Após o gerenciamento dos grupos, foram iniciadas as análises para comparar as médias dos grupos. Para isso foi utilizado o Teste t em pares para comparar pré-teste 1 com pós-teste 1 do grupo intervenção; pré-teste 1 com pré-teste 2 (pós-teste 1) do grupo lista de espera; e pré-teste 2 com pós-teste 2 do grupo lista de espera. Além disso, também foi utilizado o Teste t amostras independentes para comparar pós-teste 1 do grupo intervenção

com pós-teste 1 do grupo lista de espera e pós-teste 1 intervenção com pós-teste 2 lista de espera.

Quando foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) nestes testes, utilizou-se o teste de Magnitude de Efeito, para verificar o tamanho do efeito da diferença observada (Field, 2009; Lindenau & Guimarães, 2012). Segundo Lindenau e Guimarães (2012), o tamanho de efeito é uma estatística descritiva com o intuito de complementar o teste de significância estatística. Existem diversas medidas para representa-lo (Kirk, 1996). Para o presente estudo foi adotada a mensuração *d de Cohen* (Cohen, 1988). Optou-se por utilizar o teste de Magnitude de Efeito, pois a American Psychological Association (APA) recomenda que os estudos na área de Psicologia informem os efeitos nos resultados de qualquer trabalho publicado (APA, 2002; Field, 2009, Lindenau & Guimarães, 2012).

Todo o procedimento descrito acima teve o intuito de responder os objetivos específicos A e B. Dessa forma, após esses procedimentos, as análises subsequentes objetivaram responder o último objetivo específico. Para isso foi realizado Análise de Correlação por meio do coeficiente de correlação de Pearson (r), que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui (Field, 2009). Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis, continuou-se adotando aqui o nível de significância de 5%. E por fim, as variáveis que apresentaram correlações acima de 0,05 passaram pela Análise de Regressão Linear Múltipla, na tentativa de analisar o poder preditivo das variáveis de ansiedade, estresse e depressão antes da intervenção sobre as variáveis relacionadas ao repertório de HS após a aplicação do PRHAVIDA.

3.8. Tratamento dos dados

Inicialmente os dados foram submetidos ao Teste de Normalidade Shapiro-Wilk, (Field, 2009). De acordo com esse teste foi possível observar que as variáveis seguiram a distribuição semelhante à distribuição normal, bem como os critérios de simetria e curtose, exceto uma: a NHAf do grupo lista de espera (0.000) no pré-teste 2/ pós-teste 1. Dessa forma, por causa dessa variável, a distribuição não segue a curva de normalidade. Então optou-se por transformar os escores em escore-z, com isso observou-se que dois valores da variável NHAf

ultrapassam os limites previamente definidos (Field, 2009). Sendo assim, como são apenas dois escores que se desviaram, julgou-se que foi um número pequeno em relação ao número de escores total. Assim, conforme o exposto no item 3.7 utilizou-se o método “média mais dois desvios padrão” para transformar os escores. Após a transformação notou-se que as variáveis atendem aos critérios de simetria e curtose, tornando-se assim todas as variáveis com uma distribuição semelhante à distribuição normal. A partir disso, as análises subsequentes fazem parte da estatística paramétrica.

Uma vez que os dados foram oriundos de oito grupos (quatro classificados como intervenção e quatro, como lista de espera), por meio da Análise de Variância de uma via (ANOVA) e *post hoc* Bonferroni (citadas no item 4.7) buscou-se verificar se os grupos são equivalentes, para poder uni-los e classifica-los apenas em um único grupo intervenção e outro único grupo lista de espera. Para isto, utilizou-se dos escores do pré-teste de todos os grupos. Observou-se o grupo G7 (intervenção 2015) apresentou diferença significativa em uma variável do instrumento IMHSC: SHDM (0,017). Dessa forma, por meio do teste *post hoc* foi possível identificar que o grupo G7 é diferente dos demais grupos intervenção, sendo assim quando trabalhado a variável SHDM (dificuldade média da resposta socialmente habilidosa) o grupo foi analisado separadamente.

Outra diferença significativa encontrada foi em relação ao grupo G6 (lista de espera 2014), no qual identificou-se diferenças nas seguintes variáveis: SHFM (0,030), SHAM (0,007) e NHPa (0,049), dessa forma, quando trabalhado essas variáveis o grupo G6 foi analisado também separadamente. Nas demais variáveis as análises foram feitas em dois grandes grupos: intervenção e lista de espera. Após o tratamento dos dados iniciaram as análises, por meio do teste t para amostras em pares buscou-se verificar possíveis diferenças entre o pré e pós-teste, e teste t para amostras independentes para observar diferenças entre grupo intervenção e lista de espera. E analisou-se as magnitudes de efeito de cada evidência de diferença significativa encontrada ($p < 0,05$).

Após essa etapa iniciou-se o tratamento dos dados para a análise correlacional preditiva. Como anteriormente foi verificado que os grupos não apresentaram diferenças no pré-teste juntou-se todos os grupos intervenção, isto é, tanto os que já eram intervenção no primeiro momento, como aqueles que inicialmente eram lista de espera e depois passaram pela intervenção. Dessa forma, uniu-se os dados do pré-teste 1 grupo intervenção com pré-teste 2 grupo lista de espera, e pós-teste 1 grupo intervenção com pós-teste 2 grupo lista de espera. Em seguida foi realizado as Análises de Correlação e a partir dos resultados destas,

nas variáveis que foram encontrados correlações utilizou-se a Análise de Regressão Linear para encontrar possíveis variáveis preditoras.

4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os dados coletados permitiram utilizar da estatística descritiva e inferencial para reportar os resultados. O resultado do teste de Normalidade Shapiro-Wilk juntamente com os valores aceitáveis de simetria e curtose mostraram que as variáveis dessa amostra seguem distribuição semelhante à distribuição normal ($p \geq 0,05$; simetria ≤ 3 ; curtose ≤ 7). Sendo assim, os escores obtidos nas testagens dos instrumentos foram analisados quantitativamente por meio do tratamento estatístico paramétrico. Os resultados serão apresentados a seguir separadamente em duas etapas, primeiramente serão descritos os resultados das análises comparativas, isto é, as comparações das médias entre os tempos das testagens (pré-teste 1; pré-teste 2 / pós-teste 1; e pós-teste 2) e as diferenças entre as médias dos grupos intervenção e lista de espera no pós-teste 1, de acordo com sintomas de ansiedade, estresse e depressão e finalizando com o repertório de habilidades sociais. Posteriormente serão apresentados os resultados da análise preditiva, no qual foram comparados os escores entre pré-teste dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão com os escores do pós-teste das HS. Ressalta-se que nesse momento as análises foram baseadas em apenas dois tempos: pré e pós a intervenção, como citado no item anterior.

4.1. Ansiedade

Observou-se que mais da metade da amostra iniciou a intervenção apresentando sintomas de ansiedade (56,32%). No que se refere aos sintomas específicos: 36,78% (n=32) das crianças apresentaram ter sintomas de ansiedade generalizada; 50,57% (n=44) ansiedade de separação; 42,53% (n=37) fobia social; 54,02% (n=47) obsessivo-compulsivo; 48,27% (n=42) pânico/agorafobia; e 25,29% (n=22) fobia específica.

Os dados coletados também permitiram verificar diferenças dos sintomas de ansiedade em relação ao sexo, percebeu-se que os meninos apresentaram mais sintomas gerais de ansiedade e específicos de ansiedade de separação, fobia social, e obsessivo-compulsivo. As meninas manifestaram mais sintomas de fobia específica. E os escores de sintomas de ansiedade generalizada e pânico/agorafobia foram apresentados na mesma quantidade por meninas e meninos (Figura 3).

Figura 4. Número de crianças com sintomas de ansiedade em relação ao sexo

No que tange a estatística inferencial, por meio do teste de Levene foi observado que para todas as variáveis de sintomas de ansiedade as variâncias foram homogêneas ($p > 0,05$). Por intermédio do teste de ANOVA foi verificado que os grupos intervenção são equivalentes entre si, o que se repete entre os grupos lista de espera ($p > 0,05$), os dados na íntegra dessas análises podem ser visualizados no APÊNDICE A. Sendo assim, nas análises subsequentes, os oito grupos foram tratados em dois grandes grupos: intervenção e lista de espera.

Após essa divisão foi realizado o teste t para amostras em pares (teste t dependente) com o intuito de comparar as médias dos grupos nos seguintes tempos (Tabela 3):

- pré-teste 1 *versus* pós-teste 1 do grupo intervenção;
- pré-teste 1 *versus* pré-teste 2 do grupo lista de espera;
- pré-teste 2 *versus* pós-teste 2 do grupo lista de espera;

Tabela 3 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade

Variável	Grupo	Tempo	N	Média	DP	valor p	d de Cohen
SCAS	Intervenção	Pré-teste 1	41	47,71	19,70	0,944	---
		Pós-teste 1	41	47,90	16,95		
	Espera	Pré-teste 1	38	48,74	18,94	0,079	---
		Pré-teste 2	38	43,13	15,10		
	Espera	Pré-teste 2	34	43,59	15,23	0,507	---
		Pós-teste 2	34	41,97	13,64		
AG	Intervenção	Pré-teste 1	41	8,44	3,48	0,035*	0,413
		Pós-teste 1	41	7,07	4,24		
	Espera	Pré-teste 1	38	8,21	3,33	0,188	---
		Pré-teste 2	38	7,26	2,98		
	Espera	Pré-teste 2	34	7,47	3,03	0,734	---
		Pós-teste 2	34	7,24	3,02		
AS	Intervenção	Pré-teste 1	41	8,15	4,17	0,392	---
		Pós-teste 1	41	8,71	3,67		
	Espera	Pré-teste 1	38	8,82	3,87	0,347	---
		Pré-teste 2	38	8,18	4,08		
	Espera	Pré-teste 2	34	8,21	3,81	0,787	---
		Pós-teste 2	34	8,03	3,90		
FS	Intervenção	Pré-teste 1	41	6,93	4,46	0,885	---
		Pós-teste 1	41	7,02	4,40		
	Espera	Pré-teste 1	38	7,26	4,48	0,820	---
		Pré-teste 2	38	7,08	3,07		
	Espera	Pré-teste 2	34	7,12	3,092	0,342	---
		Pós-teste 2	34	6,44	4,062		
OC	Intervenção	Pré-teste 1	41	8,54	3,87	0,793	---
		Pós-teste 1	41	8,76	4,35		
	Espera	Pré-teste 1	38	8,13	3,86	0,886	---
		Pré-teste 2	38	8,24	4,22		
	Espera	Pré-teste 2	34	8,44	4,16	0,221	---
		Pós-teste 2	34	7,44	3,79		
PA	Intervenção	Pré-teste 1	41	8,27	5,15	0,182	---
		Pós-teste 1	41	9,95	7,20		
	Espera	Pré-teste 1	38	8,95	5,81	0,046*	0,434
		Pré-teste 2	38	6,71	4,41		
	Espera	Pré-teste 2	34	6,79	4,58	0,476	---
		Pós-teste 2	34	7,32	4,52		
FE	Intervenção	Pré-teste 1	41	5,24	3,77	0,111	---
		Pós-teste 1	41	4,29	3,23		
	Espera	Pré-teste 1	38	5,21	3,80	0,013*	0,429
		Pré-teste 2	38	3,76	2,90		
	Espera	Pré-teste 2	34	3,56	2,83	0,743	---
		Pós-teste 2	34	3,74	2,26		

Nota: * $p \leq 0,05$; Variáveis analisadas: SCAS: escore total de ansiedade; AG: ansiedade generalizada; AS: ansiedade de separação; FS: fobia social; OC: obsessivo-compulsivo; PA: pânico/agorafobia; FE: fobia específica.

O teste *t* de amostras em pares evidenciou redução da média da variável AG do pré-teste 1 ($M = 8,44$, $DP = 3,48$) para pós-teste 1 ($M = 7,07$, $DP = 4,24$) no grupo intervenção com tamanho de efeito médio ($t(40) = -0,071$; $p=0,035$; $d=0,4137$). No que diz respeito ao grupo lista de espera também foram encontradas evidências significativas: houve uma redução da média da variável PA do pré-teste 1 ($M = 8,95$, $DP = 5,81$) para o pré-teste 2 ($M = 6,71$, $DP = 4,41$) com tamanho de efeito médio ($t(37) = 2,061$; $p=0,046$; $d = 0,4341$) e uma redução da média da variável FE no pré-teste 1 ($M = 5,21$, $DP = 3,80$) para o pré-teste 2 ($M = 3,76$, $DP = 2,90$) com tamanho de efeito médio ($t(37) = 2,625$; $p = 0,013$; $d = 0,4290$). Quando comparado pós-teste 1 com pós-teste 2 não foram encontradas diferenças.

Posteriormente foi realizado o teste *t* para amostras independentes, no qual comparou-se a média das variáveis do grupo intervenção com a média das variáveis do grupo lista de espera, ambas no pós-teste 1 (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados do teste *t* para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade no grupo intervenção *versus* grupo lista de espera.

Variável	Grupo	N	Média	DP	valor p	d de Cohen
SCAS	Intervenção	41	47,90	16,95	0,192	---
	Espera	38	43,13	15,11		
AG	Intervenção	41	7,07	4,24	0,820	---
	Espera	38	7,26	2,98		
AS	Intervenção	41	8,71	3,67	0,551	---
	Espera	38	8,18	4,09		
FS	Intervenção	41	7,02	4,40	0,950	---
	Espera	38	7,08	4,22		
OC	Intervenção	41	8,76	4,36	0,593	---
	Espera	38	8,24	4,22		
PA	Intervenção	41	9,95	7,20	0,019*	0,542
	Espera	38	6,71	4,41		
FE	Intervenção	41	4,29	3,23	0,447	---
	Espera	38	3,76	2,90		

Nota: * $p \leq 0,05$; Variáveis analisadas: SCAS: escore total de ansiedade; AG: ansiedade generalizada; AS: ansiedade de separação; FS: fobia social; OC: obsessivo-compulsivo; PA: pânico/agorafobia; FE: fobia específica

No teste t para amostras independentes observou-se que a média do grupo intervenção para variável PA ($M = 9,95$, $DP = 7,20$) é significativamente maior que média do grupo lista de espera para a mesma variável ($M = 6,71$, $DP = 4,41$) com um tamanho de efeito médio, ($t(77) = 2,39$; $p = 0,019$; $d = 0,542$). As demais variáveis não evidenciaram diferenças.

4.2. Estresse

Em relação aos sintomas de estresse, verificou-se que 27,58% ($n=24$) das crianças apresentaram sintomas de estresse, presentes igualmente em ambos os sexos ($n=12$). No entanto, em relação à amostra separado por sexo, identificou-se que 24% ($n=12$) dos meninos apresentaram sintomas de estresse e 32,4% ($n=12$) das meninas apresentaram também esses sintomas clínicos.

Em relação à estatística inferencial, o teste ANOVA resultou que as variáveis que mensuraram estresse apresentaram variâncias homogêneas ($p \geq 0,05$) e os grupos intervenção foram equivalentes entre si, bem como os grupos lista de espera ($p \geq 0,05$). Os dados referentes a essas análises constam no APÊNDICE B. Sendo assim, da mesma forma que para as análises de sintomas de ansiedade, os oito grupos foram tratados em dois grandes grupos: intervenção e lista de espera.

Ressalta-se que não foram evidenciadas diferenças nos resultados do teste t para amostras em pares das variáveis que mensuraram sintomas de estresse ($p \geq 0,05$). Da mesma forma, que não foram encontradas diferenças nos resultados do teste t para amostras independentes ($p \geq 0,05$). Os dados dessas análises na íntegra podem ser visualizados respectivamente no APÊNDICE C e D.

4.3. Depressão

Em relação a variável que avalia sintomas de depressão infantil (CDI) foi observado que 24,13% ($n=21$) das crianças apresentaram escores clínicos de depressão no pré-teste; destes, 52,38% ($n=11$) são meninas. Adicionalmente, em relação à amostra geral de meninos 20% ($n=10$) apresentaram sintomas clínicos de depressão e no total de amostra de meninas 29,7% ($n=11$) apresentaram os mesmos sintomas clínicos.

No que diz respeito à estatística inferencial, da mesma forma que para os sintomas de ansiedade e estresse, realizou-se o teste de Levene para verificar as variâncias, neste foi

identificado que a variável que mensurou depressão apresentou variância homogênea tanto no grupo intervenção [$F(3, 41) = 0,177, p = 0,911$], como no grupo lista de espera [$F(3, 38) = 2,322, p = 0,090$]. Posteriormente foi realizado a ANOVA, nesta foi encontrado como resultado que os grupos intervenção são equivalentes [$F(3, 41) = 1,162, p = 0,336$], bem como os grupos lista de espera [$F(3, 38) = 0,966, p = 0,419$]. Dessa forma os oito grupos da amostra foram tratados em dois grandes grupos: intervenção e lista de espera.

Após essas análises, foi realizado o teste t para amostras em pares com o objetivo de comparar os tempos de testagens (pré-teste 1, pré-teste 2/pós-teste 1, e pós-teste 2) em ambos os grupos (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de depressão

Variável	Grupo	Tempo	N	Média	DP	valor p	d de Cohen
CDI	Intervenção	Pré-teste 1	41	14,12	7,76	0,002*	0,4882
		Pós-teste 1	41	9,88	9,51		
	Espera	Pré-teste 1	38	12,37	8,88	0,169	---
		Pré-teste 2	38	10,79	7,60		
	Espera	Pré-teste 2	34	10,59	7,77	0,275	---
		Pós-teste 2	34	11,85	7,23		

Nota: * $p < 0,05$; Variável analisada: CDI: Escore total de depressão

Por meio do teste t para amostras em pares foi identificado evidência de redução da média da variável que mensurou depressão do grupo intervenção do pré-teste ($M = 14,12, DP = 7,76$) para o pós-teste 1 ($M = 9,88, DP = 9,52$), com um tamanho de efeito médio ($t(40) = 3,331; p = 0,002, d = 0,04882$). As demais comparações das médias entre pré-teste 1 e pré-teste 2, e entre pós-teste 1 e 2 ambos para grupo lista de espera não mostraram diferenças significativas.

Em relação a análise do teste t para amostras independentes, no qual comparou-se a média da variável CDI no pós-teste 1 do grupo intervenção com a média dessa mesma variável do grupo lista de espera, não encontrou-se evidências de diferenças. Os dados na íntegra podem ser visualizados no APÊNDICE E.

4.4. Habilidades sociais

Uma vez que o instrumento que avaliou as HS é um tipo de avaliação que mede um repertório de habilidades e não uma sintomatologia específica, ele não possui pontos de cortes, apenas valores de referência da amostra normativa (Del Prette & Del Prette, 2005). Dessa forma, optou-se por não apresentar dados descritivos, mostrando quantas crianças apresentaram respostas habilidosas e não-habilidosas, devido a ausência de um escore definido para tal comparação.

Em relação à estatística inferencial, inicialmente foi realizado o teste de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias, como resultado encontrou que elas são homogêneas ($p \geq 0,05$) (APÊNDICE F). Depois foi realizado a ANOVA para verificar se os grupos são semelhantes no pré-teste (Tabela 6).

Tabela 6 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram o repertório de HS no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
SHFM	0,316	0,814	3,024	0,041*
SHDM	3,783	0,017*	2,952	0,060
SHAM	0,666	0,578	6,224	0,002*
NHPF	0,782	0,511	0,540	0,658
NHPA	0,217	0,884	2,678	0,061
NHAF	2,277	0,094	0,153	0,927
NHAA	1,600	0,204	0,379	0,768

Nota: * $p \leq 0,05$. Os graus de liberdade utilizados para determinar a razão F são os graus de liberdade para o efeito do modelo ($gl_M = 3$ para ambos os grupos) e os graus de liberdade para os resíduos do modelo ($gl_R = 41$ para o grupo intervenção; $gl_R = 38$ para grupo lista de espera). Variáveis analisadas: SHFM: frequência média da resposta habilidosa; SHDM: dificuldade média da resposta habilidosa; SHAM: adequação média da resposta habilidosa; NHPF: frequência da resposta não-habilidosa passiva; NHPA: adequação da resposta não-habilidosa passiva; NHAF: frequência da resposta não-habilidosa ativa; NHAA: adequação da resposta não-habilidosa ativa.

Dessa forma, foi identificado por meio dessa análise diferenças nas médias das variáveis SHDM nos grupos intervenção; e para os grupos lista de espera essas diferenças ocorreram nas médias das variáveis SHFM e SHAM. Após essa etapa, para encontrar qual grupo distoou dos demais, utilizou-se o procedimento *post hoc* com correção de Bonferroni tanto para o grupo intervenção, como lista de espera (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados do procedimento *post hoc* com correção de Bonferroni no grupo intervenção e grupo lista de espera para as variáveis que avaliaram o repertório de HS.

Variável	Grupo Intervenção			Valor p	Grupo Lista de Espera			Valor p
	Comparação entre os grupos		Diferença entre as médias		Comparação entre os grupos		Diferença entre as médias	
SHFM	G1	G3	-0,0798	1,000	G2	G4	-0,1690	1,000
		G5	0,0739	1,000		G6	0,2293	0,661
		G7	-0,0503	1,000		G8	-0,2650	1,000
	G3	G5	0,1536	1,000	G4	G6	0,3983	0,030*
		G7	0,0295	1,000		G8	0,1425	1,000
	G5	G7	0,1242	1,000	G6	G8	-0,2558	0,571
SHDM	G1	G3	-0,2945	0,479	G2	G4	-0,4128	0,212
		G5	-0,3662	0,205		G6	-0,3053	0,689
		G7	0,1366	1,000		G8	0,0867	1,000
	G3	G5	-0,0717	1,000	G4	G6	0,1075	1,000
		G7	0,4311	0,103		G8	0,4996	0,107
	G5	G7	0,5028	0,041*	G6	G8	0,3921	0,356
SHAM	G1	G3	0,1314	1,000	G2	G4	-0,0103	1,000
		G5	0,2124	1,000		G6	0,4763	0,007*
		G7	0,0046	1,000		G8	0,0592	1,000
	G3	G5	0,0810	1,000	G4	G6	0,4867	0,003*
		G7	-0,1267	1,000		G8	0,0696	1,000
	G5	G7	-0,2078	1,000	G6	G8	-0,4171	0,039*
NHPF	G1	G3	0,0211	1,000	G2	G4	-0,0467	1,000
		G5	-0,0686	1,000		G6	0,0517	1,000
		G7	0,1239	1,000		G8	0,1387	1,000
	G3	G5	-0,0897	1,000	G4	G6	0,0983	1,000
		G7	0,1028	1,000		G8	0,1854	1,000
	G5	G7	0,1925	0,816	G6	G8	0,0871	1,000
NHPA	G1	G3	0,0919	1,000	G2	G4	0,1898	1,000
		G5	0,0239	1,000		G6	0,3865	0,060
		G7	0,0495	1,000		G8	0,2615	0,578
	G3	G5	-0,0679	1,000	G4	G6	0,1967	0,867
		G7	-0,0424	1,000		G8	0,0717	1,000
	G5	G7	0,0256	1,000	G6	G8	-0,1250	1,000
NHAF	G1	G3	-0,1601	0,666	G2	G4	-0,0225	1,000
		G5	-0,2021	0,301		G6	-0,0325	1,000
		G7	0,0112	1,000		G8	0,0687	1,000
	G3	G5	-0,0420	1,000	G4	G6	-0,0100	1,000
		G7	0,1713	0,644		G8	0,0912	1,000
	G5	G7	0,2133	0,302	G6	G8	0,1012	1,000
NHAA	G1	G3	-0,1059	1,000	G2	G4	0,0300	1,000
		G5	-0,2098	0,246		G6	-0,0333	1,000
		G7	-0,0560	1,000		G8	0,1075	1,000
	G3	G5	-0,1040	1,000	G4	G6	-0,0633	1,000
		G7	0,0499	1,000		G8	0,0775	1,000
	G5	G7	0,1539	0,904	G6	G8	0,1408	1,000

Nota: * $p \leq 0,05$; Variáveis analisadas: SHFM: frequência média da resposta habilidosa; SHDM: dificuldade média da resposta habilidosa; SHAM: adequação média da resposta habilidosa; NHPF: frequência da resposta

não-habilidosa passiva; NHPA: adequação da resposta não-habilidosa passiva; NHAF: frequência da resposta não-habilidosa ativa; NHAA: adequação da resposta não-habilidosa ativa.

A partir dos resultados do procedimento *post hoc*, observou-se que para a variável SHDM no grupo intervenção a média do grupo G7 é significativamente diferente das demais médias dos outros grupos intervenção. Sendo assim, quando trabalhado com essa variável, o grupo G7 foi analisado separadamente. O mesmo ocorreu com as variáveis SHFM e SHAM no grupo lista de espera, no qual a média do grupo G6 apresentou diferença significativa em comparação as demais médias dos outros grupos lista de espera. Assim quando trabalhado com essas duas variáveis, o grupo G6 foi analisada individualmente.

Após essas análises, da mesma forma que com as variáveis que mensuraram os sintomas clínicos, para as variáveis que avaliaram o repertório de HS foi realizado o teste *t* para amostras em pares com o intuito de comparar os tempos das testagens em cada grupo (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultados do teste t para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis relacionadas com o repertório de HS

Variável	Grupo	Tempo	N	Média	DP	valor p	Cohen's d
SHFM	Intervenção	Pré-teste 1	41	1,1590	0,4093	0,764	---
		Pós-teste 1	41	1,1773	0,4403		
	Espera	Pré-teste 1	28	1,2468	0,3493	0,172	---
		Pré-teste 2	28	1,3375	0,3302		
	Espera	Pré-teste 2	25	1,3476	0,3371	0,511	---
		Pós-teste 2	25	1,3124	0,3877		
SHDM	Intervenção	Pré-teste 1	32	0,6713	0,4523	0,613	---
		Pós-teste 1	32	0,7194	0,4953		
	Espera	Pré-teste 1	38	0,6808	0,4781	0,528	---
		Pré-teste 2	38	0,7411	0,4524		
	Espera	Pré-teste 2	34	0,7609	0,4603	0,671	---
		Pós-teste 2	34	0,7238	0,5172		
SHAM	Intervenção	Pré-teste 1	41	1,2756	0,4181	0,056*	-0,2586
		Pós-teste 1	41	1,3807	0,3942		
	Espera	Pré-teste 1	28	1,4004	0,2910	0,173	---
		Pré-teste 2	28	1,4711	0,3167		
	Espera	Pré-teste 2	25	1,4648	0,3089	0,692	---
		Pós-teste 2	25	1,4900	0,3885		
NHPF	Intervenção	Pré-teste 1	41	0,6178	0,2863	0,509	---
		Pós-teste 1	41	0,6510	0,3431		
	Espera	Pré-teste 1	38	0,6655	0,3184	0,292	---
		Pré-teste 2	38	0,7271	0,2657		
	Espera	Pré-teste 2	34	0,7326	0,2720	0,951	---
		Pós-teste 2	34	0,7297	0,3044		
NHPA	Intervenção	Pré-teste 1	41	0,7778	0,2985	0,175	---
		Pós-teste 1	41	0,8412	0,3433		
	Espera	Pré-teste 1	38	0,8042	0,3140	0,739	---
		Pré-teste 2	38	0,8226	0,2712		
	Espera	Pré-teste 2	34	0,8144	0,2816	0,592	---
		Pós-teste 2	34	0,8424	0,2720		
NHAF	Intervenção	Pré-teste 1	41	0,2290	0,2410	0,078	---
		Pós-teste 1	41	0,1620	0,1867		
	Espera	Pré-teste 1	38	0,2776	0,3232	0,003*	0,5648
		Pré-teste 2	38	0,1332	0,1620		
	Espera	Pré-teste 2	34	0,1191	0,1509	0,599	---
		Pós-teste 2	34	0,1297	0,1744		
NHAA	Intervenção	Pré-teste 1	41	0,2437	0,2424	0,073	---
		Pós-teste 1	41	0,1739	0,1986		
	Espera	Pré-teste 1	38	0,2729	0,2791	0,424	---
		Pré-teste 2	38	0,2216	0,3270		
	Espera	Pré-teste 2	34	0,2224	0,3427	0,034*	0,4137
		Pós-teste 2	34	0,1147	0,1343		

Nota: * $p \leq 0,05$; Variáveis analisadas: SHFM: frequência média da resposta habilidosa; SHDM: dificuldades média da resposta habilidosa; SHAM: adequação média da resposta habilidosa; NHPF: frequência da resposta não-habilidosa passiva; NHPA: adequação da resposta não-habilidosa passiva; NHAF: frequência da resposta não-habilidosa ativa; NHAA: adequação da resposta não-habilidosa ativa

O teste t para amostras em pares evidenciou uma aumento significativo da média da variável SHAM no grupo intervenção do pré-teste para o pós-teste 1 com um tamanho de

efeito pequeno ($t(40) = -1,965$; $p = 0,056$; $d = -0,2586$). Além disso, também encontrou-se uma evidência de redução da média da variável NHAf do grupo lista de espera do pré-teste 1 para pré-teste 2 com tamanho de efeito médio ($t(37) = 3,173$; $p = 0,003$; $d = 0,5648$). Outra evidência encontrada foi a redução da média da variável NHAa do grupo lista de espera do pré-teste 2 para pós-teste 2 com tamanho de efeito médio ($t(33) = 2,208$, $p = 0,034$; $d = 0,4137$).

Em relação as variáveis tratadas separadamente, primeiro foi realizado o teste t para amostras em pares da junção dos grupos G1, G3 e G5 (todos intervenção). Nesta análise não foram encontradas evidências de diferenças na média do pré-teste 1 ($M = 0,6713$, $DP = 0,4523$) para média do pós-teste 1 ($M = 0,7194$, $DP = 0,4953$) da variável SHDM ($t(31) = -0,511$; $p = 0,613$). Posteriormente a mesma análise foi realizada com o grupo G7, como resultado não foi encontrado diferença significativa entre a média do pré-teste 1 ($M = 0,3389$, $DP = 0,2162$) e a média do pós-teste 1 ($M = 0,4133$, $DP = 0,3768$) da variável SHDM ($t(8) = -0,541$; $p = 0,603$).

O mesmo procedimento anterior foi executado com as variáveis SHFM e SHAM do grupo lista de espera. Sendo assim, primeiramente realizou-se o teste t para amostras em pares na união dos grupo G2, G4 e G8, como resultado não encontrou-se diferenças significativas entre a média do pré-teste 1 ($M = 1,2468$, $DP = 0,3493$) e a média do pré-teste 2 ($M = 1,3375$, $DP = 0,3302$) para a variável SHFM ($t(27) = -1,403$, $p = 0,172$). Da mesma forma, não encontrou-se evidências de diferenças entre a média do pré-teste 1 ($M = 1,4004$, $DP = 0,2910$) e a média do pré-teste 2 ($M = 1,4711$, $DP = 0,3167$) para a variável SHAM ($t(27) = -1,400$, $DP = 0,173$). Posteriormente foi realizado a mesma análise com o grupo G6, não foram encontradas diferenças entre a média do pré-teste 1 ($M = 0,9610$, $DP = 0,2388$) para a média do pré-teste 2 ($M = 1,0770$, $DP = 0,32321$) da variável SHFM ($t(9) = -0,821$, $p = 0,433$), e nem para a média do pré-teste 1 ($M = 1,0100$, $DP = 0,2784$) em relação a média do pré-teste 2 ($M = 1,0570$, $DP = 0,3457$) na variável SHAM ($t(9) = -0,352$, $p = 0,733$).

As últimas análises do teste t para em pares foram em relação ao pré-teste 2 para o pós-teste 2 do grupo lista de espera para as variáveis tratadas separadamente. Para a junção dos grupos G2, G4 e G8 essa análise não resultou em diferenças significativas:

- Pré-teste 2 ($M = 1,3476$, $DP = 0,3371$) e pós-teste 2 ($M = 1,3124$, $DP = 0,3877$) na variável SHFM ($t(24) = 0,667$, $p = 0,511$);

- Pré-teste 2 ($M = 1,4648$, $DP = 0,3089$) e pós-teste 2 ($M = 1,4900$, $DP = 0,3885$) na variável SHAM ($t(24) = -0,400$, $p = 0,692$)

Em relação ao grupo G6 os resultados não foram significativos:

- SHFM: Pré-teste 2 ($M = 1,0533$, $DP = 0,3335$) e pós-teste 2 ($M = 1,1000$, $DP = 0,4992$), ($t(8) = -0,251$, $p = 0,808$).

- SHAM: Pré-teste 2 ($M = 1,0689$, $DP = 0,3645$) e pós-teste 2 ($M = 1,2000$, $DP = 0,49046$), ($t(8) = -0,516$, $p = 0,620$).

E por último foi realizado o teste t para amostras independentes, no qual comparou-se a média das variáveis que avaliaram o repertório de HS do grupo intervenção no pós-teste 1 com a média das mesmas variáveis no grupo lista de espera também no pós-teste 1. Os resultados dessas análises não mostraram nenhuma evidência de diferença significativa. Todos esses resultados podem ser visualizados no APÊNDICE G.

4.5. Resultados das análises preditivas

Os resultados da Análise de Correlação de *Pearson* mostraram associações lineares entre as variáveis que mensuraram ansiedade, estresse e depressão no pré-teste com as variáveis relacionadas ao repertório de HS no pós-teste, todos os resultados desta análise podem ser visualizados no APÊNDICE H. Aquelas correlações que obtiveram evidências significativas ($p \leq 0,05$) passaram pela Análise de Regressão Linear

O modelo de regressão linear múltipla estimado para a variável de saída SHFM foi significativo: [$F(3,74) = 5,477$, $p = 0,002$, $R^2 a = 0,154$]. Dessa forma, os sintomas obsessivos-compulsivos explicaram 32,8% da frequência da resposta habilidosa e a reação psicológica com componente depressivo explicou 24,1% da ausência da frequência da resposta habilidosa (Tabela 9).

Tabela 9 - Resultados da análise de regressão linear múltipla para o modelo FS, OC, RPD no pré-teste *versus* SHFM no pós-teste

Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	valor p
	B	Erro padrão	B	
(Constante)	0,959	0,128		0,000
Pre-teste - FS	0,011	0,013	0,095	0,417
Pré-teste - OC	0,036	0,013	0,328	0,006*
Pre-teste - RPD	-0,016	0,007	-0,241	0,028*

Nota: * $p \leq 0,05$; $R^2 = 0,188$; $R^2 a = 0,154$

Outra evidência de diferença encontrada foi no modelo de regressão linear simples estimado para a variável de saída NHPa foi significativo [$F(1,74) = 4,741$, $p=0,033$, $R^2_a = 0,048$]. Sendo assim, os sintomas de pânico/agorafobia predizem 24,7% da ausência da adequação da resposta não habilidosa passiva (Tabela 10).

Tabela 10- Resultados da análise de regressão para o modelo PA no pré-teste *versus* NHPa no pós-teste

Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	valor p
	B	Erro padrão	B	
(Constante)	0,960	0,065		0,000
Pré-teste – PA	-0,016	0,007	-0,247	0,033*

Nota: * $p \leq 0,05$; $R^2 = 0,061$; $R^2_a = 0,048$

5 DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Da mesma forma que os resultados foram apresentados em duas etapas a discussão também será dividida em dois tópicos, sendo no primeiro discutidos os resultados da análise de comparação (descritivos e inferenciais) subdivididas em sintomas e repertório de HS, como é o caso da redução dos sintomas de ansiedade generalizada, depressão e adequação da agressividade na amostra e o aumento da adequação da assertividade. Também serão levantadas hipóteses sobre as diferenças encontradas apenas no grupo lista de espera, como a redução dos sintomas de pânico/agorafobia, fobia específica e a frequência da agressividade. Por último a discussão será realizada baseada nos resultados da análise preditiva entre a reação psicológica com componente depressivos que pode predizer a ausência da frequência resposta habilidosa, juntamente com sintomas obsessivos-compulsivos que também predizem essa mesma resposta, e por fim a predição entre os sintomas obsessivos-compulsivos e a ausência da adequação da passividade.

5.1. Estudo comparativo

5.1.1. Ansiedade

Os resultados deste estudo no que se refere à prevalência dos transtornos de ansiedade, vão de encontro com a literatura, pois atualmente esses transtornos são considerados o grupo de desordem mental com maior prevalência (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009; Rapee, 2015). Segundo Sousa et al. (2014) as ansiedades mais comuns na infância são o transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e ansiedade social, transtornos que foram avaliados no presente estudo e tiveram alta frequência absoluta.

Segundo Asbahr (2004), estima-se que 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno de ansiedade. Um dado mais recente foi de Sousa et al., (2014), que afirmam que a literatura vem apontando que os transtornos de ansiedade na infância iniciam-se geralmente entre 8 a 9 anos de idade, afetando até 27% das crianças. Iwadare et al. (2015) realizaram um estudo com crianças que passaram pelo hospital Kohnodai de setembro de 2007 à fevereiro de 2011, com o objetivo de examinar correlação entre qualidade do sono e problemas de comportamento em crianças com transtorno de ansiedade. Compuseram o estudo 105 crianças e identificou-se que 31,4% (n=33) preencheram critério diagnóstico para

transtorno de ansiedade generalizada, 26,6% (n=28) para transtorno obsessivo-compulsivo, 21,9% (n=23) para ansiedade de separação e 20% (n=21) para fobia social.

Dessa forma, percebe-se que ao longo dos anos a prevalência dos transtornos de ansiedade vem aumentando, tornando-se uma preocupação mundial. Apesar dos valores encontrados de prevalência nos estudos anteriores estarem abaixo da porcentagem absoluta de crianças com sintomas clínicos de ansiedade encontrado no presente estudo, pois mais da metade da amostra apresentou sintomas de ansiedade, esse dado é condizente com o número de estudos que afirmam a alta prevalência de sintomas e transtornos de ansiedade em crianças, sendo considerados os problemas emocionais mais comuns da infância (DeSousa et al., 2014; Sousa et al., 2014; Rapee, 2015).

No que se refere à distribuição desses transtornos entre os sexos, os resultados corroboram em partes com a literatura, pois segundo Asbahr (2004) essa distribuição é equivalente, exceto em fobias específicas e transtorno de pânico, onde há uma predominância no sexo feminino. Já no presente trabalho a distribuição foi equivalente apenas para sintomas de ansiedade generalizada e pânico/agorafobia. A predominância foi dos meninos na maioria dos sintomas, exceto fobia específica que mostrou aparecer mais em meninas.

Em relação a análise estatística inferencial, os resultados evidenciaram uma redução da média da variável que mensurou sintomas de ansiedade generalizada (AG) do pré-teste 1 para o pós-teste 1 no grupo intervenção, com tamanho de efeito médio. Dessa forma, esse resultado aponta que o programa pode ter auxiliado na redução dos índices de ansiedade generalizada nessa amostra.

As crianças com diagnóstico de TAG relatam mais medos, intolerância a incerteza, crenças negativas sobre a preocupação, orientação negativa ao problema, e maior evitação cognitiva quando comparadas aos seus pares que não apresentam esse diagnóstico (Donovan, Holmes & Farrell, 2016). Além dos sintomas cognitivos é comum em crianças com TAG a presença de sintomas físicos, como aumento da frequência cardíaca, sudorese, dor de estômago e dor de cabeça diante das crenças negativas e preocupações excessivas (Hill et al., 2016). Por isso hipotetiza-se que as sessões de expressividade emocional, manejo de emoções desconfortáveis e resolução de problemas podem ter influenciado nesse resultado, uma vez que a expressividade e o manejo de emoções permitem à criança se autoconhecer, e identificar onde, como e em que intensidade está sua ansiedade. Adicionalmente a psicoeducação das HVs, como a tomada de decisão e resolução de problemas favorece que as crianças reconheçam as situações que as deixam ansiosas e juntamente com as terapeutas pensam e discutam sobre as soluções para problemas e desafios do cotidiano.

Os demais sintomas de ansiedade específicos e relacionados ao escore total não apresentaram diferenças significativas entre pré-teste 1 e pós-teste 1 para as crianças que passaram pela intervenção. Entende-se que os sintomas de ansiedade podem ser explicados e influenciados por diversos fatores. Segundo Sousa et al. (2014) a superproteção, o excesso de controle por parte dos pais e modos excessivamente ansiosos de se criar os filhos são traços comumente associados a ansiedade de separação. Já crianças que crescem em lares onde predomina um ambiente de medo e insegurança, com pais abusivos, dependentes de substâncias, ou em ambientes politicamente instáveis tendem a ficar mais ansiosas na maior parte do tempo, o que pode contribuir para um desenvolvimento posterior de transtorno de ansiedade social.

Ainda é importante frisar que a média das crianças com sintomas de ansiedade no pré-teste foi alta, considerada em nível moderado. Sugere-se que para a obtenção de resultados significativos em mais sintomas essas crianças necessitam de uma intervenção específica para ansiedade e assim o PRHAVIDA, por ser um programa universal não provoca efeitos significativos em termos estatísticos nestes sintomas. Um exemplo de programa desenvolvido para prevenção e redução de ansiedade em crianças, que trouxe resultados significativos foi o *Coping Cat Program*. Este consiste em uma intervenção em TCC de 16 sessões, podendo ser em grupo ou individual, que auxilia as crianças e adolescentes, de 7 a 13 anos, a reconhecer e analisar seu sentimento de ansiedade e desenvolver estratégias de enfrentamento para situações provocadoras de ansiedade. Esse programa é centrado em quatro componentes: reconhecer sentimentos e reações físicas da ansiedade, esclarecimento de sentimentos em situações provocadoras de ansiedade, desenvolvimento de um plano de enfrentamento, e avaliação de desempenho e administração de auto reforço (Kendall & Hedtke, 2006b).

Outro programa baseado em evidências eficazes em todos os níveis de intervenção para ansiedade em crianças é o *FRIENDS for Life*, adaptado do *Coping Cat Program*. Este consiste em um programa composto por 10 sessões de prevenção de ansiedade baseado na TCC com o objetivo de desenvolver em crianças habilidades de regulação emocional, mecanismos de enfrentamento e flexibilização de pensamento (Barrett, Lowry-Webster & Holmes, 1999; Stallard et al., 2014). Este programa já foi testado demonstrando uma redução dos níveis de ansiedade e depressão, principalmente em crianças, nas quais as ações preventivas surtiram mais efeitos do que quando realizadas com adolescentes (Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003).

Ainda no que diz respeito às evidências encontradas sobre os resultados de ansiedade, houve reduções das médias das variáveis pânico/agorafobia (PA) e fobia específica (FE) do

pré-teste 1 para o pré-teste 2 do grupo lista de espera, ambos com uma magnitude de efeito média. Essas diferenças podem ser explicadas devido ao desenvolvimento das crianças, pois à medida em que elas vão crescendo e amadurecendo, as preocupações e medos que fazem parte desses sintomas podem ser minimizados.

Estudos vêm mostrando que comportamentos parentais de superproteção podem desempenhar um papel de desenvolvimento e manutenção de transtornos de ansiedade, incluindo fobias específicas e pânico/agorafobia. O contrário também é válido, pois conforme o desenvolvimento da criança, os pais que vão deixando de lado a superproteção e regulando os cuidados com a vigilância colaboram para a redução de sintomas de ansiedade (Breinholst, Esbjorn, Reinholdt-Dunne, & Stallard, 2012).

A fobia específica pode ser definida como um medo intenso de um objeto ou situação (APA, 2014). Existem cinco tipos de fobia específica: do tipo animal, ambiente natural, sangue-injeção-lesão, situacional, e outros tipos (personagens, ruídos altos, etc) (Ollendick et al., 2015). Segundo os autores citados anteriormente, os pais quando interagem com seus filhos sobre os estímulos fóbicos tem implicações significativas na redução de sintomas de fobias específicas. Outro ponto a considerar é que as evidências das pesquisas de fobia específica salientam a eficácia de técnicas de exposição *in vivo* para a remissão dos sintomas (Ollendick et al., 2015). Assim, entende-se que as experiências das crianças e o seu próprio crescimento, muitas vezes, a expõe a situações fóbicas, como por exemplo tomar injeções, machucar-se, contato com insetos e animais, dessa forma, é provável que essas próprias vivências inevitáveis do cotidiano possam auxiliar na perda dos medos e ansiedades.

Segundo a APA (2014) ataques de pânico são entendidos como surtos abruptos de medo ou desconforto intenso, alcançando um pico em minutos, podendo ocorrer sintomas físicos e cognitivos, como por exemplo, taquicardia, sudorese, tremores, tontura, medo de perder o controle, morrer, entre outros. Nas crianças, a prevalência geral é baixa (<0,4%), porém pode ocorrer. Esses ataques podem ou não ser acompanhados por agorafobia, que se caracteriza como medo ou ansiedade marcante diante de algumas situações específicas como permanecer em locais fechados ou espaços abertos, fila ou multidões, usar transporte público e sair de casa sozinho. No início da infância a agorafobia é rara, porém quando acontece pode estar associada a sensação de desorientação e estar perdido (APA, 2014, Meyerbröcker & Powers, 2015).

Assim como a fobia específica, autores concordam que o estilo parental pode reforçar ou amenizar os sintomas de ataques de pânico/agorafobia, uma vez que a superproteção ou a negligência podem influenciar na crença dos medos e ansiedades nas situações fóbicas

(Breinholst et al., 2012). Dessa forma, hipotetiza-se que os estilos parentais, o próprio desenvolvimento e as experiências vivenciadas pelas crianças da amostra podem ter contribuído para a redução significativa da média de sintomas de FE e PA no pós-teste 1 do grupo lista de espera.

Outra diferença significativa encontrada, que pode estar relacionada com os resultados citados anteriores foi que no pós-teste 1 a média da variável pânico/agorafobia (PA) do grupo intervenção foi maior que o grupo lista de espera, com uma magnitude de efeito média. Na tentativa de explicar tal resultado, verificou-se as médias no pré-teste 1 e pós-teste 1/pré-teste 2 de ambos os grupos. Assim, foi observado que houve um aumento da média do grupo intervenção do pré-teste 1 para o pós-teste 1, porém esse aumento não foi significativo. Por outro lado, como citado anteriormente no grupo lista de espera houve uma redução significativa da média do pré-teste 1 para o pré-teste 2. Com essas mudanças consequentemente a média do grupo lista de espera no pré-teste 2 / pós-teste 1 foi significativamente menor que a média do grupo intervenção no mesmo período.

5.1.2. Estresse

Em relação à prevalência de sintomas de estresse, Lipp, Arantes, Buriti e Witzig (2002) realizaram um estudo em uma cidade do interior do estado de São Paulo, com objetivo de avaliar a prevalência de sintomas de estresse infantil no contexto escolar, por meio do instrumento ESI. Foi encontrada prevalência de 8% de sintomas de estresse em crianças do 3º ano do Ensino Fundamental. Sbaraini e Schermann (2008) também investigaram a prevalência de sintomas de estresse em crianças em contexto escolar utilizando o mesmo instrumento. O estudo aconteceu em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul e as autoras encontraram uma prevalência de 18,2% de sintomas de estresse na amostra de 883 crianças e adolescentes de 8 a 14 anos. Se comparado com os estudos citados acima, a frequência absoluta encontrada na presente pesquisa está acima dos demais. No entanto, os achados da literatura não são dos últimos cinco anos e não foram encontradas referências atuais que objetivaram verificar a incidência de sintomas de estresse em crianças, utilizando o instrumento ESI. Mas esse resultado vai de encontro com a literatura, uma vez que ela aponta que o estresse é um dos problemas psicológicos que vem crescendo na população infantil (Vanaelst, De Vriendt, Huybrechts, Rinaldi & De Henauw, 2012).

No que diz respeito à prevalência desses sintomas em relação ao sexo das crianças, no estudo de Lipp et al. (2002) a porcentagem de meninas com estresse era 9,02% e a de meninos

3,53%. Portanto, o estresse era duas vezes mais comum nas meninas do que nos meninos. No trabalho de Sbaraini e Schermann (2008) também se encontrou uma prevalência de estresse maior nas meninas (20,9%) que nos meninos (15,4%). Segundo a APA (2010), a mulher está mais exposta a altos níveis de estresse tanto na infância como na vida adulta, além disso, a mulher reporta mais sintomas físicos e emocionais do estresse quando comparada com os homens. A presente pesquisa corrobora esses dados da literatura, uma vez que apesar do número de meninas e meninos com sintomas clínicos de estresse ser o mesmo, como a amostra contou com mais crianças do sexo masculino, foi identificado que as meninas apresentaram uma porcentagem absoluta maior desses sintomas.

Os resultados do Teste t para amostras em pares e do Teste t para amostras independentes não evidenciaram diferenças significativas respectivamente para as comparações entre pré e pós-teste, e grupo intervenção e lista de espera. É importante frisar que os sintomas de estresse podem ser influenciados por diversos fatores e situações. Segundo Lipp (2014) o próprio contexto escolar pode ser um estressor para a criança pelas suas próprias condições físicas (tamanho de sala, ventilação, iluminação, ruídos, manutenção dos assentos) ou até mesmo por ser um ambiente novo, pois para algumas crianças, a escola é o primeiro agente socializante fora da família e pode ser muitas vezes o local que a criança passa a maior parte do tempo. Outro importante fator a considerar é que a cobrança excessiva pelo desempenho perfeito em todas as atividades também pode ser um estressor. Dessa forma, percebe-se que há diversas variáveis que podem interferir na criança dentro da ambiente escolar, local onde é proposto o programa PRHAVIDA. Estas variáveis não são possíveis de serem controladas no programa, hipotetizando a possibilidade delas estarem interferindo nos resultados. Outros estudos são necessários para confirmar ou refutar tal hipótese.

Ressalta-se também que as crianças participantes do estudo estão inseridas em um bairro conhecido como região de risco psicossocial. Segundo Timmermans, Lier e Koot (2010) os eventos estressores, bem como as características do ambiente, em que a criança está vulnerável podem agir de forma a potencializar o aparecimento de sintomas e transtornos mentais na infância. Dessa forma, essas características e/ou eventos podem estar gerando ou mantendo os sintomas de estresse apresentados pelas crianças da amostra. Para verificar tal associação, seriam necessários estudos de comparação destes dados com outras crianças de diferentes contextos a fim de verificar se esta possível associação se mantém.

É importante lembrar que o PRHAVIDA não tem a função de intervir em uma demanda específica, mas sim promover saúde mental por meio da psicoeducação e treinamento de HS e HV. O programa conta apenas com uma sessão de expressividade

emocional e outra de manejo de emoções e estresse, o que talvez não resulte benefícios consistentes para reduzir os sintomas de estresse; e como mensurado anteriormente os fatores externos, que não foram controlados durante a aplicação do PRHAVIDA, também podem contribuir para o prejuízo dessas crianças.

Segundo Mombelli, Costa, Marcon e Moura (2011) a presença de estresse patológico pode estar relacionado com a percepção da criança de um suporte social inadequado. Nardi et al. (2015) em uma revisão ressaltaram a escassez de programas específicos para o estresse infantil e sugeriram que os programas de prevenção para esse sintoma utilizassem a família como aliada a intervenção, pois pode ser uma estratégia que favoreça um melhor suporte familiar, e consequentemente um adequado enfrentamento do estresse. Dessa forma, sugere-se estudos de elaboração e aplicação de programas seletivos e indicativos para atender a demanda do estresse infantil.

5.1.3. Depressão

A depressão infantil também vem sendo considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e na adolescência (Coutinho et al., 2014; Cruvinel & Boruchovitch, 2008). Segundo Álvares e Lobato (2013), a faixa etária infantil com maior probabilidade de manifestação de sintomas depressivos é entre 7 a 10 anos. Buscou-se estudos na literatura que a população se assemelhasse com a amostra do presente trabalho. No Brasil, foram realizadas pesquisas em diferentes regiões do país e as prevalências para estas populações variaram de 3,55% a 45,7% (Coutinho et al., 2014). Foram encontrados dois estudos desenvolvidos na região Sudeste que utilizaram o instrumento CDI, um deles com a amostra de 169 participantes entre 8 e 15 anos obteve um índice de depressão de 3,55% (Cruvinel & Boruchovitch, 2008); outro estudo realizado com 519 participantes de 7 a 13 anos encontraram uma prevalência de 13,7% (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005).

Dessa forma, nos estudos realizados nessa região, as mesmas que o presente trabalho, mostraram ter porcentagens menores que a encontrada no presente estudo (24,13%). Uma hipótese para tal resultado é que esses estudos não são tão recentes. Não foram encontrados na literatura estudos mais atuais que investigassem a prevalência de depressão em crianças do estado de São Paulo. No entanto, a porcentagem do presente estudo está condizente com os achados encontrados para a população brasileira (Coutinho et al., 2014).

Em relação ao sexo foi encontrada na presente amostra que 52,38% das crianças com depressão eram do sexo feminino. Esse resultado se aproxima da literatura, pois segundo

Kutcher et al. (2014) a depressão na infância acomete meninas e meninos na mesma proporção, esse cenário se transforma na adolescência, no qual ela é duas vezes mais comum em jovens do sexo feminino.

Os resultados obtidos por meio da estatística inferencial sugerem que há evidências de redução da média da variável depressão com tamanho de efeito médio no grupo intervenção entre pré-teste 1 e pós-teste 1. Este resultado indica que apesar do programa PRHAVIDA ser do tipo universal e não ser focado em nenhuma sintomatologia específica, os resultados apontaram que o programa pode ter auxiliado na redução dos índices de depressão nessa amostra. No estudo de Nardi (2013), no qual foi avaliado os efeitos imediatos do programa PRHAVIDA em 22 crianças divididas em dois grupos intervenção, também foi encontrado como resultado a melhora na variável depressão em ambos os grupos.

Hipotetiza-se que a estrutura do programa, principalmente as sessões de manejo de emoções, treino de empatia, resolução de problemas e psicoeducação do modelo cognitivo podem ter contribuído para esse resultado. Segundo Usami et al. (2015) as crianças com sintomas de depressão tendem a ter mais dificuldade em seu funcionamento diário, apresentando irritabilidade, impedimento de se comunicar e falar o que estão sentindo. Essas dificuldades podem ser minimizadas com a intervenção do PRHAVIDA, uma vez que o grupo é um espaço para as crianças aprenderem a identificar suas emoções, situações que potencializam essas emoções, as diferentes formas de reagir aos problemas, a importância de se colocar no lugar do outro para resolver tais problemas, entre outras questões e habilidades que favoreçam o bem estar e a qualidade de vida. Assim acredita-se que a estrutura do programa como um todo pode ter contribuído para esse benefício às crianças.

Sugere-se que não houve essa redução no grupo lista de espera quando este passou pela aplicação do programa, pois a fase do pós-teste ocorreu no final de cada ano, período em que as crianças costumam apresentar um esgotamento devido todas as atividades e tarefas escolares ao longo do ano, o que é uma fase que gera mais estresses, angústias e ansiedades, devido a preocupação com o desempenho escolar. Segundo Byrne, Thomas, Burchell, Olive e Mirabito (2011) a escola também é uma fonte de estresse em questões relacionadas ao desempenho. De acordo com Marturano, Trivellato-Ferreira e Gardinal (2009) há evidência de uma associação negativa entre a percepção de estresse na escola e o desempenho escolar. Essas variáveis também estão relacionadas aos sintomas de depressão (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Argold. 2003; Rapee, 2015). Assim, o grupo lista de espera, quando recebe a intervenção, está mais vulnerável a variáveis externas; e os benefícios gerados pelo

programa para o grupo intervenção não foram os mesmos para o grupo lista de espera quando passou pela intervenção.

5.1.4. Habilidades Sociais

Em relação às habilidades sociais, foram poucos os estudos encontrados na literatura que utilizaram o instrumento IMHSC. Freitas (2008) avaliou uma intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo em escolas, no qual um dos instrumentos utilizados foi o referido acima, abordando a frequência das respostas socialmente habilidosas e não habilidosas (ativa e passiva). Neste estudo, observou-se que as meninas apresentaram médias maiores para a frequência de respostas socialmente habilidosas quando comparadas com os meninos e médias menores para a frequência de respostas não habilidosas (passivas e ativas) em relação às médias de respostas dos meninos. Feltrin (2007) avaliou as habilidades sociais e as interações familiares de crianças que possuem um irmão com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Neste estudo, foi possível observar que houve uma prevalência das reações habilidosas sobre as reações não habilidosas, porém não foi especificado se foram trabalhadas a frequência, dificuldade e/ou adequação dessas reações.

Scaramuzza (2016) realizou um estudo com o objetivo de desenvolver um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo e avaliar seu efeito combinado à medicação em crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A comparação dos efeitos dos tratamentos foi em relação às medidas cognitivas, comportamentais e habilidades sociais. Para avaliar estas últimas foi utilizado o instrumento IMHSC, para tanto a autora apenas utilizou os indicadores que avaliaram as reações habilidosas em subescalas. Estas por sua vez não foram analisadas no presente estudo, uma vez que utilizou-se as escalas totais das respostas habilidosas e não-habilidosas passiva e ativa. Dessa forma, foi possível perceber que os estudos citados acima tiveram um objetivo e uma metodologia diferente da atual pesquisa. Concomitante a isso a escassez de trabalhos que investigaram as habilidades sociais utilizando o instrumento IMHSC dificultou a realização de uma comparação minuciosa dos presentes resultados com a literatura.

O presente estudo encontrou evidência de aumento da média da variável adequação da resposta socialmente habilidosa (SHAM) do pré-teste 1 para o pós-teste 1 no grupo intervenção, com tamanho de efeito pequeno. A adequação da resposta é o entendimento cognitivo sobre a mesma (Del Prette & Del Prette, 2005), sendo assim, verificou-se que após a intervenção houve um aumento da compreensão da resposta socialmente habilidosa. Esse

resultado foi condizente com a proposta do programa, dado que ele tem como um dos objetivos psicoeducar e treinar os participantes sobre as HS e HV. Adicionalmente as sessões de assertividade, empatia, civilidade parecem ter surtido efeito, na medida em que as crianças estão entendendo essas habilidades.

Esse resultado teve magnitude de efeito pequena, por isso sugere-se pequenas alterações nas atividades do programa, como por exemplo, utilizar técnicas mais comportamentais e ativas e realizar novos estudos com essas mudanças com intuito de verificar se o tamanho do efeito pode sofrer alguma mudança e até mesmo essas alterações atingirem os indicadores comportamentais (frequência) e afetivos (dificuldade em emitir) das respostas habilidosas. No estudo realizado por Scaramuzza (2016) além das dramatizações de situações problema, foi acrescentando no protocolo a técnica “aprender a ouvir e ser ouvido”, ela consiste em fazer as dramatizações utilizando orelhas e bocas confeccionadas, no qual a criança tem a possibilidade de treinar o melhor momento para falar e o tom de voz, respeitando também os tempos da conversa. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), as crianças têm dificuldade de aprender temas abstratos, por isso para facilitar tais aprendizagens, devem-se utilizar do auxílio de objetos concretos. Sendo assim, sugere-se que o programa continue trabalhando essas habilidades, porém usando técnicas e estratégias mais concretas.

Ainda no que diz respeito à adequação, também foi encontrado como resultado uma redução da média da variável adequação da resposta não habilidosa ativa (NHAa) do pré-teste 2 para o pós-teste 2 do grupo lista de espera com tamanho de efeito médio. Neste resultado foi possível compreender que a criança apresentou dúvida na compreensão da agressividade, isto é, se o comportamento emitido é realmente agressivo ou se em determinado momento ele pode ser assertivo. Sendo assim, hipotetiza-se que a participação no programa PRHAVIDA pode causar dúvidas sobre a compreensão da resposta agressiva, por outro lado está fazendo com que a criança questione tal postura, pois uma vez que a mesma apresentou dúvidas, abre a possibilidade dela estar questionando, então mesmo que não haja mudanças na emissão do comportamento, questioná-lo pode ser um primeiro passo para compreendê-lo e talvez futuramente muda-lo. Cabe ressaltar que essa evidência só foi encontrada no grupo lista de espera quando recebe a intervenção. Por isso sugere-se que novos estudos com uma amostra maior seja realizado, com o intuito de verificar se tal resultado permanece ou não.

Outra evidência significativa encontrada foi a redução da média da variável frequência da resposta não habilidosa ativa (NHAF) do pré-teste 1 para o pós-teste 1 do grupo lista de espera, todos com uma magnitude efeito médio. Segundo Del Prette & Del Prette (2005) a

frequência das respostas são indicadores da dimensão comportamental do repertório social e respostas não habilidosas são características de desempenho socialmente empobrecido. Com a redução da frequência dessa resposta, isto é, a diminuição da ocorrência desses comportamentos sem que houvesse alguma intervenção traz a possibilidade de que o desenvolvimento e amadurecimento das crianças podem estar contribuindo para que as mesmas evitem respostas comportamentais não habilidosas ativas.

Comportamentos de irritabilidade, agressividade e oposição são comuns na infância, uma vez que as crianças estão aprendendo a lidar com suas emoções, que muitas vezes são complexas. O ambiente que elas estão inseridas é significativo para ensinar, acolher e apoiar, sendo assim, as próprias experiências que as crianças passam e a rede de apoio que as cercam podem determinar a continuidade ou não da emissão de comportamentos agressivos. A escola tem um papel importante na identificação de atitudes agressivas e suas características, como também, juntamente com a relação aluno-professor, podem auxiliar na proteção das crianças em risco para o desenvolvimento de comportamentos desafiadores (Ceron-Litvoc, Gutt, Zukauskas & Polanczyk, 2014). Dessa forma, hipotetiza-se que a redução da média da frequência da agressividade pode ter ocorrido devido às experiências vivenciadas pelas crianças que possibilitaram seu amadurecimento, e consequentemente passaram a evitar os comportamentos agressivos, além disso há o apoio da escola para ensinar e auxiliar na evitação desses comportamentos.

5.2. Estudo preditivo

Esse estudo teve como um dos resultados preditivos que os sintomas obsessivos-compulsivos explicaram 32,8% da frequência da resposta habilidosa e concomitante a isso a reação psicológica com componente depressivo explicou 24,1% da ausência da frequência também dessa resposta. Dessa forma, entende-se que apresentar sintomas de ansiedade obsessivo-compulsivo pode contribuir para emissão da resposta habilidosa, pois crianças com esse tipo de sintoma além de apresentaram obsessões e compulsões, tendem a emitir também comportamentos perfeccionistas e de responsabilidade exagerada (Clark & Beck, 2012), essas próprias características podem fazer com que a criança, uma vez que seja exposta a um novo repertório, sempre se preocupe em emitir o comportamento mais habilidoso e que gere mais ganhos para ela. Por outro lado, também compreende-se que reações advindas do estresse como a psicológica com componente depressivo dificultam a emissão dessa resposta, pois suas consequências como sensação de exaustão, esgotamento, irritabilidade, preocupações,

entre outros consequências interferem o funcionamento da criança, a atrapalhando no discernimento e emissão de comportamentos assertivos.

A última diferença preditiva encontrada foi que os sintomas de pânico/agorafobia predisseram 24,7% da ausência da adequação da resposta não habilidosa passiva. Assim entende-se que as crianças que apresentam sintomas de pânico/agorafobia podem ter dificuldade em compreender a passividade. Esse resultado vai de encontro com o que a literatura afirma que as crianças com esses sintomas tendem a evitar as situações fóbicas que vão desencadear ataques de pânico (Meyerbröcker & Powers, 2015). As crianças podem não compreender exatamente o porquê tais situações provocam emoções e reações físicas desagradáveis, então a tendência é a evasão do comportamento, isto é, se isolar e se afastar sem compreender esses comportamentos, que por sua vez são características comuns da passividade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo avaliar o efeito do programa PRHAVIDA em grupos de crianças em relação aos sintomas de ansiedade, depressão, estresse e o repertório de HS. Concluiu-se que o estudo atendeu a esse objetivo, mostrando que para as crianças dessa amostra o programa reduziu sintomas de depressão e a ansiedade generalizada, como também pôde contribuir para novos questionamentos das crianças sobre a resposta agressiva. Além disso, também identificou-se que a reação psicológica com componente depressivos pode predizer a ausência da frequência resposta habilidosa, juntamente com sintomas obsessivos-compulsivos que também predizem essa mesma resposta, ademais esses sintomas podem predizer a ausência da adequação da passividade.

Reconhece-se que apesar dos resultados e hipóteses levantadas, o estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. O instrumento IMHSC dentro do contexto escolar não permite apenas a auto avaliação da criança, mas também a avaliação do professor, esta pode contribuir de grande valia para uma avaliação mais minuciosa do repertório das habilidades da criança. Porém, uma avaliação englobando o professor não foi viável durante a realização do PRHAVIDA, devido ao número de alunos beneficiados, o que acarretava uma falta de tempo dos professores para avaliar cada criança. Entende-se que essa questão é uma limitação do estudo, pois a avaliação do professor poderia contribuir para um melhor entendimento das repostas das crianças.

Outra limitação que deve ser comentada em relação ao estudo é que não houve a aplicação de um instrumento que avaliasse o repertório de HV ou outras questões que envolvem aspectos positivos. A HS faz parte da HV, no entanto nesta há mais habilidades envolvidas do que as sociais, como por exemplo, tomada de decisão, pensamento crítico e criativo e autoconhecimento, que não foram medidas no estudo. Também é importante considera-las, pois o PRHAVIDA tem como objetivo promover saúde mental, por meio do treinamento de HS e HV. Não foi encontrado na literatura instrumentos que mensurassem essas habilidades validadas para a população infantil brasileira. Sugere-se novos estudos para criação ou validação de instrumentos com esse objetivo, e posteriormente que avaliasse o efeito do programa.

Sugere-se ainda que novos estudos com amostras maiores sejam realizados com o objetivo de avaliar o programa PRHAVIDA para observar se os resultados encontrados no presente estudo permanecem ou se alteram, e caso permaneçam verificar também se há modificações nos tamanhos de efeito. Também é aconselhável estudos com esse mesmo objetivo, porém com um delineamento qualitativo, em busca de avaliar diferentes resultados

por meio do discurso dos participantes, sejam eles crianças e terapeutas, ou pessoas indiretamente envolvidas com esse trabalho, como professores e educadores em geral ou até mesmo os pais, pois assim é possível identificar se as aprendizagens estão sendo generalizadas fora do grupo.

Portanto conclui-se que para amenizar sintomas de estresse e ansiedade de forma mais eficaz é aconselhável programas específicos para essa demanda. No entanto, se o intuito é promover saúde mental de crianças, por meio da psicoeducação e treinamento de HS e HV em grupo, o programa PRHAVIDA pode ser uma possibilidade eficaz. Dessa forma, apesar das limitações, o estudo apresentou resultados importantes que podem contribuir para o aperfeiçoamento do programa e sugerindo caminhos para novos estudos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Álvares, A. M., & Lobato, G. R. (2013). Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Temas em Psicologia*, 21(1), 151-164.
- American Psychological Association (2010). Stress and gender. In *Stress in America*. American Psychological Association, pp 19-24.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais*, 5^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspetos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2)(Supl.), 28-34.
- Assis, S. G., Ximenes, L. F., Avanci, J. Q., & Pesce, R. P. (2007). *Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves/CNPq.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Pesce, R. P. (2008). *Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves/CNPq.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Holmes, J. (1999). *Friends for children group leader manual* (2nd ed.). Brisbane: Australian Academic.
- Barret, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003) Using friends to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: a national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(835), 1-19.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Belfer M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 49, 226-236.
- Bergnehr, D. & Nelson, K. Z. (2015). Where is the child? A discursive exploration of the positioning of children in research on mental-health-promoting interventions. *Sociology of Health & Illness*, 37(2), 184-197.

- Bögels, A., Susan, M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Breinholst, S., Esbjorn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424.
- Byrne, D. G., Thomas, K. A., Burchell, J. L., Olive, L. S., & Mirabito, N. S. (2011). Stressor Experience in Primary School-Aged Children: Development of a Scale to Assess Profiles of Exposure and Effects on Psychological Well-Being. *International Journal of Stress Management*, 18, 88-111.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., Fontenelle, I. D. S., & Soares, T. (2011). O modelo cognitivo aplicado à infância. In Rangé, B. (cols.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 633-653). Porto Alegre: Artmed.
- Carminatti, J. da S., & Krug, J. S. (2010). A prática do canto coral e o desenvolvimento das habilidades sociais. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 81-96.
- Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
- Ceron-Litvoc, D., Gutt, E. K., Zukauskas, P., & Polanczyk, G. V. (2014). Comportamentos disruptivos na escola. In Estanislau, G. M. & Bressan, R. A. *Saúde Mental na Escola: O que os educadores devem saber* (pp 177-188). Porto Alegre: Artmed.
- Chamberlain P, Price J, Leve L, Laurent H, Landsverk J, & Reid J. (2008). Prevention of behavior problems for children in foster care: Outcomes and mediation effects. *Prevention Science*, 9(1), 17-27.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Argold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Coutinho, M. P. L., Oliveira, M. X., & Pereira, D. R. (2014). Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 269-272.

- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas variáveis do CDI. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 574-585.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2(20), 473-490.
- Davis, D. W., Logsdon, M. C., Jones, F., Dempster, R., Ryan, L., & Rowland, M. (2015). First we have to engage them: A mixed methods assessment of low-income parents' preferences for and barriers to receiving child health promotion information. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(6), 501-508.
- DeSousa, D. A., Pereira, A. S., Petersen, C. S., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S. H. (2014). Psychometric properties of the brazilian-portuguese version of the spence children's anxiety scale (SCAS): Self- and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 427-236.
- Del Prette Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. (4ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças: (SMHSC-Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., Rocha, M. M., & Del Prette, A. D. (2011). Habilidades sociais na infância: avaliação e intervenção com a criança e seus pais. In Petersen, C. S. & Wainer, R., *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes: Ciência e Arte*. (pp.46-61). Porto Alegre: Artmed.
- Donovan, C. L., Holmes, M. C., & Farrell, L. J. (2016). Investigation of the cognitive variables associated with worry in children with Generalised Anxiety Disorder and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 192, 1-7.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
- Feltrin, A. B. S. (2007). *Reações familiares e habilidades sociais de irmãos de indivíduos com transtorno do espectro autístico: Estudo comparativo*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho).
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

- Filgueiras, A., Landeira-Fernandez, J., Fioravanti-Bastos, A. C. M., Santos, P. P. P., Mendonça, I., Fontenele, B.,... Marques, C. V. M. (2013) Estrutura factorial e propriedades psicométricas da escala de stress infantil adaptada para uma amostra de crianças cegas. *Psico*, 44(1), 26-33.
- Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A., & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatrics* 27(4), 223-232.
- Freitas, F. L. (2008). *Intervenção educativa de prevenção primária ao tabagismo em escola pública*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Marília).
- Friedberg, R. D. & Brelsford, G. M. (2011). Core principles in cognitive therapy with yourth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 369-378.
- Gawryszewski, V. P., Valencich, D. M. O., Carnevalle, C. V., & Marcopito, L. F. (2012). Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista Associação Médica Brasileira*. 58(6), 659-665.
- Gomes, J.P. (2009). As escolas promotoras de saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32(1), 84-91.
- Gorayeb, R. (2002). O ensino de habilidade de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3, 213-217.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares em João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Guimarães, G., Aerts, D., & Câmara, S. G. (2013). A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora*, 12(2), 88-95.
- Hill, C., Waite, P., & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health*.
- Insel, T. R., & Scolnick, E. M. (2006). Cure therapeutics and strategic prevention: raising the bar for mental health research. *Molecular Psychiatry*, 11, 11–17.
- Iwadare, Y., Kamei, Y., Usami, M., Ushijima, H., Tanaka, T., Watanabe, K.,... Saito, K. (2015). Relationship between behavioral symptoms and sleep problems in children with anxiety disorders. *Pediatrics International*, 57(4), 690-693.

- Kendall, P. C., & Hedtke, K. (2006b). *The Coping Cat Workbook*, 2ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O.,... Srinath, S. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378, 1515-1525.
- Kitts, R. L. & Goldman, S. J. (2012). Education e depression. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 421-466.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229-237.
- Kutcher, S., Souza, E. L. de, Pan, P. M., Coelho, R. P. S., & Estanislau, G. M. (2014). In Estanislau, G. M., & Bressan, R. A. (orgs). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. (133-152p.). Porto Alegre: Artmed.
- Lindenau, J. D. & Guimarães, L. S. P. (2012). Calculando o tamanho de efeito no SPSS. *Revista HCPA*, 32(3), 363-381.
- Lipp, M. E. N., Arantes, J. P., Buriti, M. S., & Witzig, T. (2002). O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educação*, 6(1), 51-56.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2005). *Escala de Stress Infantil: ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. e Orgs. (2014). *Stress em Crianças e Adolescentes 1ª ed*. Campinas: Papirus.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para um desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: OPS.
- Marsh, E. J. & Graham, S. A. (2005). Classificação e tratamento da psicopatologia infantil. In Caballo, V. E. & Simón, M. A. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed.) Lisboa: ReportNumber.
- Marturano, E. M., Trivelatto-Ferreira, M. C., & Gardinal, E. C. (2009). Estresse cotidiano na transição da 1ª série: percepção dos alunos e associação com desempenho e ajustamento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 93-101.

- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical NeuroScieces*, 11(1), 7-20.
- Meyerbröker, K. & Powers, M. B. (2015). Panic disorder and agoraphobia across the lifespan. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2ed, 474-481.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P. & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 561-568.
- Morés, F. B. & Silveira, E. (2013). Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção de saúde. *Saúde em Debate*, 37(97), 241-250.
- Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28, 333-346.
- Murta, S. G., & Barletta, J. B. (2015). Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em terapia cognitivo-comportamental. *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 1/volume 4*. Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Nardi, P. C. (2013). *Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância*. (Dissertação de Mestrado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In Rangé, B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (2 ed., pp. 737-750). Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., Cassiano, M., Rossetto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014). Prhvida – Programa cognitivo-comportamental de habilidades de vida para crianças e adolescentes. In Neufeld, C. B (cols). *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Maltoni, J., & Ferreira, I. M. F. (2016). *A Arte de Conviver com Gustavo, o Cão*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., & Maltoni, J. (2016). *Entrando em Sintonia com Fabi, a Sagui*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., & Maltoni, J. (2016). *Lidando com Problemas e Escolhas com Luca, o Tamanduá*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., & Maltoni, J. (2016). *Trabalhando as Emoções com Joana, a Lontra*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Maltoni, J., & Ferreira, I. M. F. (2016). *Aprendendo a se Posicionar com Pedro, o Coelho*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B., Maltoni, J., & Ferreira, I. M. F. (2016). *Explorando os Pensamentos com Tati, a Jaguatirica*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Ollendick, T. H., Halldorsdottir, T., Fraire, M; G., Austin, K. E., Noguchi, R. J. P., Lewis, K. M.,... Whitmore, M. J. (2015). Specific phobias in youth: A randomized controlled trial comparing one-session treatment to a parent-augmented one-session treatment. *Behavior Therapy*, 46(2), 141-155.
- Organização Panamericana de Saúde (2003). *Escolas promotoras da saúde: fortalecimento da iniciativa regional, Estratégias e linhas de ação 2003-2012*. Washington: OPS/OMS
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pasin, E. B., Paiva, M. G. V., & Lannes, D. R. C. (2012). Associação entre fatores psicológicos e relacionais e o rendimento escolar no ensino fundamental. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 275-286.
- Paula, C. S., Duarte, C. S., & Bordin, I. A. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 11-17.
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C. Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P.,... Kendall, T. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 1-18.
- Pereira, M., & Rangé, B. P. (2011). Terapia cognitiva. In Rangé, B. (cols.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 20-32). Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, C. S., Bunge, E., Mandil, J., & Gomar, M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In Pertersen, C. S., & Wainer, R. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes: ciência e arte*. (pp. 232-255). Porto Alegre: Artmed.

- Rapee, R. M. (2015). Nature and psychological management of anxiety disorders in youth. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(3), 280-284.
- Reinecke, M. A., & Ginsburg, G. S. (2008). Cognitive-Behavioral Treatment of Depression during Childhood and Adolescence. In Abela, J. R. Z. & Hankin, B. L. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, Plenum Press, New York, 179-206.
- Romaniuc, R. C. & Rubio, J. A. S. (2012). Stress infantil: causas e efeitos do stress na criança. *Revista Eletrônica Saberes da Educação*, 3(1), 1-8.
- Sbaraini, C. R., & Schermann, L. B. (2008). Prevalence of childhood stress and associated factors: a study of schoolchildren in a city in Rio Grande do Sul State, Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(5), 1082-1088.
- Scaramuzza, L. F. C. (2016). *A terapia cognitiva comportamental em grupo no tratamento de transtorno de déficit de atenção/hipertividade (TDAH)*. Tese de Doutorado da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo). São Paulo.
- Silva-Arioli, I., Schneider, D. R., Barbosa, T. M., & Da Ros, M. A. (2013). Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 672-687.
- Sousa, J. P. M. de, Osório, F. L., Schneider, B. Z., & Crippa, J. A. S. (2014). Transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social). In Estanislau, G. M. & Bressan, R. A. (orgs.), *Saúde Mental na Escola*. (pp.101-117). Porto Alegre: Artmed.
- Spence, S. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
- Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566.
- Stallard, P., Taylor, G., Anderson, R., Daniels, H., Simpson, N., Phillips, R., & Skryabina, E. (2014). The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*, 15(77), 1-19.
- Thiego, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372.

- Timmermans, M., van Lier, P. A. C., Koot, H. M. (2010). The role of stressful events in the development of behavioural and emotional problems from early childhood to late adolescence. *Psychological Medicine*, 40, 1659-1668.
- Turk, J., Gram, P., & Verhulst, F. (2006). *Child and Adolescent Psychiatry: a developmental approach*. New York: Oxford University Press.
- Usami, M., Iwadare, Y., Watanabe, K., Ushijima, H., Kodaira, M., Okada, T.,... Saito, K. (2015). A case-control study of the difficulties in daily functioning experienced by children with depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 179, 167-174.
- Vanaelst, B., De Vriendt, T., Huybrechts, I., Rinaldi, S. & De Henauw, S. (2012). Epidemiological approaches to measure childhood stress. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26, 280-297.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005) Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment. *American Psychologist* vol 60, n 6. 628-648.
- Whybrow, P. C. (1997); *A mood apart: depression, mania and other afflictions on the self*. Nova York: Basic Books.
- Wissow, L. S., van Ginneken, N., Chandna, J., & Rahman, A. (2016). Integrating children's mental health into primary care. *Pediatric Clinics of North America*, 63, 97-113.
- Wong, E. H., Yocca, F., Smith, M. A., & Lee, C. M. (2010). Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective. *International Journal Neuropsychopharmacology*, 13(9), 1269-1284.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneve: WHO.
- World Health Organization. (2003). Skills for health skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school.
- World Health Organization (1997). Life skills education for children and adolescents in schools. Geneve: Programme on Mental Health World Health Organization.
- World Health Organization (1986). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. (2002). *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 11-18.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Resultados do teste de Levene e ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade

Tabela 11 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
SCAS	0,313	0,816	0,877	0,461
AG	0,693	0,562	1,582	0,210
AS	0,248	0,862	0,774	0,516
FS	0,168	0,340	1,097	0,362
OC	0,275	0,843	1,051	0,397
PA	0,285	0,836	1,904	0,145
FE	0,780	0,512	0,275	0,843

Nota: Graus de liberdade: grupo intervenção: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 41$; grupo lista de espera: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 38$. Variáveis analisadas: SCAS: escore total de ansiedade; AG: ansiedade generalizada; AS: ansiedade de separação; FS: fobia social; OC: obsessivo-compulsivo; PA: pânico/agorafobia; FE: fobia específica.

Tabela 12 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de ansiedade no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
SCAS	1,714	0,179	0,397	0,756
AG	2,097	0,115	0,393	0,759
AS	1,532	0,221	0,092	0,964
FS	0,601	0,618	0,468	0,707
OC	1,497	0,230	0,629	0,601
PA	1,101	0,360	0,846	0,478
FE	0,512	0,676	0,704	0,556

Nota: Os graus de liberdade utilizados para determinar a razão F são os graus de liberdade para o efeito do modelo ($gl_M = 3$ para ambos os grupos) e os graus de liberdade para os resíduos do modelo ($gl_R = 41$ para o grupo intervenção; $gl_R = 38$ para grupo lista de espera). Variáveis analisadas: SCAS: escore total de ansiedade; AG: ansiedade generalizada; AS: ansiedade de separação; FS: fobia social; OC: obsessivo-compulsivo; PA: pânico/agorafobia; FE: fobia específica.

APÊNDICE B - Resultados do teste de Levene e ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse

Tabela 13 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
ESI	0,308	0,820	2,143	0,111
RF	0,617	0,608	3,868	0,074
RP	0,642	0,593	2,242	0,099
RPD	0,733	0,538	3,606	0,087
RPF	1,723	0,177	0,571	0,638

Nota: Graus de liberdade: grupo intervenção: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 41$; grupo lista de espera: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 38$. Variáveis analisadas: ESI: escore total de estresse; RF: reação física; RP: reação psicológica; RPD: reação psicológica com componente depressivo; RPF: reação psicofisiológica.

Tabela 14 - Resultados da ANOVA para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
ESI	0,496	0,687	1,741	0,175
RF	0,520	0,671	1,960	0,136
RP	1,190	0,325	0,115	0,950
RPD	0,190	0,903	2,865	0,069
RPF	0,521	0,670	2,321	0,091

Nota: Os graus de liberdade utilizados para determinar a razão F são os graus de liberdade para o efeito do modelo ($gl_M = 3$ para ambos os grupos) e os graus de liberdade para os resíduos do modelo ($gl_R = 41$ para o grupo intervenção; $gl_R = 38$ para grupo lista de espera). Variáveis analisadas: ESI: escore total de estresse; RF: reação física; RP: reação psicológica; RPD: reação psicológica com componente depressivo; RPF: reação psicofisiológica.

APÊNDICE C - Resultados do teste *t* para amostras em pares das variáveis que mensuraram sintomas de estresse

Tabela 15 - Resultados do teste *t* para amostras em pares das comparações entre os tempos pré-teste 1, 2, pós-teste 1 e 2 das variáveis que mensuraram sintomas de estresse

Variável	Grupo	Tempo	N	Média	DP	valor p
ESI	Intervenção	Pré-teste 1	41	40,49	20,56	0,356
		Pós-teste 1	41	43,22	19,84	
	Espera	Pré-teste 1	38	42,82	22,35	0,710
		Pré-teste 2	38	44,03	23,02	
	Espera	Pré-teste 2	34	42,74	23,78	0,393
		Pós-teste 2	34	46,41	18,02	
RF	Intervenção	Pré-teste 1	41	8,24	4,66	0,760
		Pós-teste 1	41	8,49	5,08	
	Espera	Pré-teste 1	38	9,55	6,17	0,805
		Pré-teste 2	38	9,32	5,38	
	Espera	Pré-teste 2	34	8,94	5,33	0,441
		Pós-teste 2	34	9,62	4,06	
RP	Intervenção	Pré-teste 1	41	13,07	7,05	0,515
		Pós-teste 1	41	13,83	5,73	
	Espera	Pré-teste 1	38	12,76	6,89	0,803
		Pré-teste 2	38	13,00	6,19	
	Espera	Pré-teste 2	34	12,74	6,32	0,417
		Pós-teste 2	34	13,79	5,77	
RPD	Intervenção	Pré-teste 1	41	7,20	6,14	0,257
		Pós-teste 1	41	8,34	6,76	
	Espera	Pré-teste 1	38	7,68	6,65	0,390
		Pré-teste 2	38	8,63	6,83	
	Espera	Pré-teste 2	34	8,18	6,95	0,498
		Pós-teste 2	34	9,18	6,76	
RPF	Intervenção	Pré-teste 1	41	11,02	5,49	0,736
		Pós-teste 1	41	10,63	6,25	
	Espera	Pré-teste 1	38	11,24	5,94	0,869
		Pré-teste 2	38	11,08	6,29	
	Espera	Pré-teste 2	34	11,03	6,60	0,669
		Pós-teste 2	34	11,50	4,75	

Nota: Variáveis analisadas: ESI: escore total de estresse; RF: reação física; RP: reação psicológica; RPD: reação psicológica com componente depressivo; RPF: reação psicofisiológica.

APÊNDICE D - Resultados do teste *t* para amostras independentes das variáveis que mensuraram sintomas de estresse

Tabela 16 - Resultados do teste *t* para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção *versus* grupo lista de espera.

Variável	Grupo	N	Média	DP	valor p
ESI	Intervenção	41	43,22	19,84	0,868
	Espera	38	44,03	23,02	
RF	Intervenção	41	8,49	5,08	0,484
	Espera	38	9,32	5,38	
RP	Intervenção	41	13,83	5,73	0,538
	Espera	38	13,00	6,19	
RPD	Intervenção	41	8,34	6,76	0,850
	Espera	38	8,63	6,83	
RPF	Intervenção	41	10,63	6,25	0,753
	Espera	38	11,08	6,29	

Nota: Variáveis analisadas: ESI: escore total de estresse; RF: reação física; RP: reação psicológica; RPD: reação psicológica com componente depressivo; RPF: reação psicofisiológica.

APÊNDICE E – Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram o repertório de HS

Tabela 17 - Resultados do teste de Levene para as variáveis que mensuraram o repertório de HS no grupo intervenção e lista de espera

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Lista de Espera	
	F(3, 41)	valor p	F(3, 38)	valor p
SHFM	0,819	0,491	0,821	0,490
SHDM	3,261	0,128	2,953	0,285
SHAM	1,553	0,215	0,752	0,528
NHPF	0,259	0,854	1,431	0,249
NHPA	1,063	0,375	1,048	0,383
NHAF	4,832	0,086	1,240	0,309
NHAA	2,266	0,243	0,072	0,975

Nota: Graus de liberdade: grupo intervenção: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 41$; grupo lista de espera: $gl_1 = 3$; $gl_2 = 38$. Variáveis analisadas: SHFM: frequência média da resposta habilidosa; SHDM: dificuldade média da resposta habilidosa; SHAM: adequação média da resposta habilidosa; NHPF: frequência da resposta não-habilidosa passiva; NHPA: adequação da resposta não-habilidosa passiva; NHAF: frequência da resposta não-habilidosa ativa; NHAA: adequação da resposta não-habilidosa ativa.

APÊNDICE F - Resultados do teste *t* para amostras independentes da variável que mensurou sintomas de depressão

Tabela 18 - Resultados do teste *t* para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção *versus* grupo lista de espera.

Variável	Grupo	N	Média	DP	valor p
CDI	Intervenção	41	9,88	9,52	0,641
	Espera	38	10,79	7,60	

Nota: CDI: Escore total de depressão

APÊNDICE G - Resultados do teste *t* para amostras independentes das variáveis que mensuraram sintomas de estresse

Tabela 19 - Resultados do teste *t* para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que mensuraram sintomas de estresse no grupo intervenção *versus* grupo lista de espera.

Variável	Grupo	N	Média	DP	valor p
ESI	Intervenção	41	43,22	19,84	0,868
	Espera	38	44,03	23,02	
RF	Intervenção	41	8,49	5,08	0,484
	Espera	38	9,32	5,38	
RP	Intervenção	41	13,83	5,73	0,538
	Espera	38	13,00	6,19	
RPD	Intervenção	41	8,34	6,76	0,850
	Espera	38	8,63	6,83	
RPF	Intervenção	41	10,63	6,25	0,753
	Espera	38	11,08	6,29	

Nota: Variáveis analisadas: ESI: escore total de estresse; RF: reação física; RP: reação psicológica; RPD: reação psicológica com componente depressivo; RPF: reação psicofisiológica.

APÊNDICE H - Resultados do teste t para amostras independentes das variáveis que avaliaram o repertório de HS

Tabela 20 - Resultados do teste t para amostras independentes no pós-teste 1 para as variáveis que avaliaram o repertório de HS grupo intervenção *versus* grupo lista de espera.

Variável	Grupo	N	Média	DP	Valor p
NHPF	Intervenção	41	0,6510	0,3431	0,276
	Espera	38	0,7271	0,2657	
NHPA	Intervenção	41	0,8412	0,3433	0,791
	Espera	38	0,8226	0,0440	
NHAF	Intervenção	41	0,1620	0,1867	0,468
	Espera	38	0,1332	0,1620	
NHAA	Intervenção	41	0,1739	0,1986	0,432
	Espera	38	0,2216	0,3270	

Nota: Variáveis analisadas: NHPF: frequência da resposta não-habilidosa passiva; NHPA: adequação da resposta não-habilidosa passiva; NHAF: frequência da resposta não-habilidosa ativa; NHAA: adequação da resposta não-habilidosa ativa. As variáveis SHFM, SHDM e SHAM não fizeram parte dessa análise devido a diferença encontrada na ANOVA.

APÊNDICE I – Resultados da Análise de Correlação de Pearson

Tabela 21 – Resultados da Análise de Correlação de Pearson para as variáveis que mensuraram sintomas clínicos no pré-teste *versus* variáveis que avaliaram o repertório de HS no pós-teste

		Pós-teste						
		SHFM	SHDM	SHAM	NHPF	NHPA	NHAF	NHAA
SCAS Pré-teste	Correlação de Pearson	0,133	-0,062	-0,158	0,094	-0,160	0,124	-0,021
	valor p	0,256	0,595	0,1770	0,423	0,171	0,291	0,861
AG Pré-teste	Correlação de Pearson	0,132	-0,042	-0,129	0,045	-0,154	0,014	-0,063
	valor p	0,257	0,720	0,270	0,701	0,187	0,906	0,589
AS Pré-teste	Correlação de Pearson	0,009	-0,960	-0,202	0,018	-0,152	0,081	-0,049
	valor p	0,939	0,412	0,082	0,877	0,193	0,489	0,674
FS Pré-teste	Correlação de Pearson	0,213	-0,035	0,018	0,128	-0,092	0,074	-0,039
	valor p	0,066	0,763	0,881	0,272	0,431	0,528	0,738
OC Pré-teste	Correlação de Pearson	0,352	0,040	0,066	0,222	-0,038	0,221	0,106
	valor p	0,002*	0,731	0,573*	0,055*	0,746	0,057*	0,363
PA Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,046	-0,019	-0,248	-0,028	-0,247	0,198	0,097
	valor p	0,696	0,871	0,032*	0,811	0,033*	0,089	0,406
FE Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,088	-0,110	-0,189	0,030	0,000	-0,034	-0,128
	valor p	0,453	0,350	0,104	0,801	0,997	0,774	0,275
ESI Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,168	0,067	-0,251	-0,110	-0,162	0,168	0,048
	valor p	0,150	0,569	0,030*	0,348	0,165	0,149	0,686
RF Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,086	-0,029	-0,265	0,010	-0,174	0,165	0,086
	valor p	0,465	0,807	0,022*	0,931	0,136	0,157	0,464
RP Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,131	0,062	-0,172	-0,094	-0,167	0,077	0,034
	valor p	0,262	0,599	0,141	0,420	0,152	0,512	0,772
RPD Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,217	0,123	-0,238	-0,159	-0,145	0,128	-0,034
	valor p	0,061	0,293	0,040*	0,172	0,214	0,275	0,770
RPF Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,157	0,036	-0,210	-0,126	-0,094	0,149	0,030
	valor p	0,178	0,761	0,070	0,281	0,424	0,202	0,798
CDI Pré-teste	Correlação de Pearson	-0,196	0,104	-0,249	-0,101	-0,081	0,123	0,105
	valor p	0,091	0,373	0,031*	0,387	0,488	0,294	0,369

Nota: *p ≤ 0,05

ANEXOS

ANEXO A

Carta-convite aos pais/responsáveis sobre o PRHAVIDA

Queridos pais, ou responsáveis,

Estamos convidando seu filho(a) a participar de um Programa de Promoção de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA) que será oferecido na escola. Somos estagiários de Psicologia da USP e trabalhamos sob a supervisão da Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld, responsável pelo Programa.

Gostaríamos de apresentar rapidamente para vocês o que é esse projeto, pois assim vocês poderão refletir melhor sobre o que seu filho estará fazendo conosco e quais as contribuições que ele pode ter ao participar.

As Habilidades de Vida são o conjunto de habilidades necessárias ao enfrentamento saudável das demandas cotidianas. Este conjunto inclui as habilidades para a tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento crítico, pensamento criativo, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, autoconhecimento, empatia, manejo de emoções e de estresse.

Além das habilidades citadas acima, há também as Habilidades Sociais, que são um conjunto de comportamentos que as pessoas precisam aprender para conviver bem em sociedade, ou seja, em casa, na escola, ou no trabalho. São aprendidas ao longo da vida, mas podem ser melhores desenvolvidas para facilitar a convivência social. Envolve aprender a dizer o que pensa, sente e deseja sem ofender ou magoar os outros; resolver situações de conflitos; respeitar direitos e deveres e assim facilitar a relação entre as pessoas.

Sabe-se que desenvolver ambas as habilidades, sobretudo na infância, ajuda a criança a lidar melhor com os problemas que enfrenta no seu dia-a-dia e previne a possibilidade de ocorrência de problemas futuros nos relacionamentos com outras pessoas. É por esse motivo que estamos propondo o Programa de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA), que foi bem aceito pela escola e agora está sendo oferecido para a turma do seu filho(a).

O trabalho será desenvolvido em dois grupos com aproximadamente 10 crianças cada, estando previstas 11 sessões, uma por semana, realizadas dentro da escola no período da tarde. Asseguramos que nenhuma atividade principal que a criança possua na escola será prejudicada pela realização desse Programa.

Nas sessões serão trabalhados temas como: lidar com as emoções; como trabalhar com os pensamentos e comportamentos que possuem; refletir acerca dos direitos humanos; treinar a assertividade (ou seja, conseguir se comportar de forma adequada, sem ser agressivo e sem deixar de lado seus desejos e sentimentos) e como conseguir resolver problemas de forma adequada. Poderão também surgir novos temas segundo o desejo e a necessidade das crianças que participarão dos grupos.

Queríamos deixar bem claro que essa é um projeto para promover saúde e educação e pode ser realizado por qualquer criança que manifeste desejo de participar e que tenha a autorização dos pais. Garantimos também que nenhuma informação que possa identificar seu filho será divulgada após a participação nesse programa, conforme mencionado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado a vocês.

Muito obrigada pela atenção e disponibilidade!

ANEXO B

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIA E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LaPICC – LABORATÓRIO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados pais/responsáveis,

Seu filho(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto pesquisa-ação “Promoção de Saúde na Infância e Adolescência em uma Perspectiva Cognitivo-Comportamental” do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) da Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob coordenação da Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld.

Este projeto tem como objetivo principal implantar e avaliar um programa que possibilite a aprendizagem e o treino de habilidades de vida, isto é, será ensinado habilidades para o seu filho se relacionar de forma saudável com a família, colegas, e outros adultos, bem como lidar com suas próprias emoções e comportamentos. Dessa forma, ele auxilia na promoção de saúde para crianças e adolescentes. Este programa recebe o nome de PRHAVIDA, ele foi criado para estudantes de escola pública que tenham interesse em participar das atividades propostas. Além disso, o programa tem também como objetivo criar um espaço que possibilite seu filho(a) fazer amizades e desenvolver habilidades de relacionamento e autocontrole.

Esse projeto acontecerá através de atendimentos psicológicos em grupo: serão 11 sessões com encontros semanais com média de duração de cinquenta minutos cada. Também ocorrerão dois encontros para a aplicação dos instrumentos necessários para a avaliação do programa. Ressalta-se que esses encontros serão em períodos das atividades extracurriculares da escola, não atrapalhando seu filho no rendimento escolar ou em frequências nas aulas letivas. No caso dos adolescentes, os encontros serão após o término da aula no dia que esta acaba mais cedo que o horário convencional. Os atendimentos serão conduzidos e observados pelas estagiárias de Psicologia da faculdade citada acima, sob coordenação e supervisão da Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723). Assim, o programa visa, além de intervir nas dificuldades das crianças, auxiliar na produção de conhecimentos específicos na área e formar profissionais qualificados para intervenção psicológica.

As crianças responderão a quatro questionários psicológicos que abrangem a investigação de habilidades sociais e sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Já os adolescentes também responderão a questionários com esses enfoques e também um relacionado a satisfação com a vida. Como o programa será conduzido por estagiários, todos os encontros serão áudio e/ou videogravados para que a supervisora (principal responsável pelo projeto) tenha acesso a todas as informações das sessões para poder orientar os estagiários da melhor forma possível de como conduzir com o programa. Tais materiais serão arquivados em um computador no LaPICC-USP durante 10 anos e após isso, serão destruídos. Todas as informações reunidas serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e a identidade do seu filho(a) será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados.

Juntamente com esse termo, está sendo entregue também o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para inserção de dados da pesquisa em banco para pedido de autorização que os dados de seu filho(a) possam ser armazenados em um banco de dados e utilizados em pesquisas futuras, sempre em concordância com as normas estipuladas pela resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Caso você assine apenas o presente termo de consentimento seu filho poderá participar das atividades do projeto e seus dados não serão armazenados para futuras pesquisas. Ressalta-se a importância de pesquisas nessa área para contribuir com o desenvolvimento de estratégias que promovam saúde mental saudável para crianças e adolescentes, mas fica a sua escolha autorizar ou não o armazenamento dos dados de seu filho(a). Maiores esclarecimentos sobre isso encontra-se no termo específico em anexo.

A participação do seu filho(a) é voluntária e não haverá nenhuma remuneração. Não há riscos previsíveis em participar dessa pesquisa, e os benefícios envolvem a participação em um programa de promoção

em saúde sob enfoque da Psicologia. Caso seja identificado que seu filho necessite de algum acompanhamento psicológico, você será comunicado e seu filho encaminhado para o serviço de atendimento psicoterápico da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Ressalta-se que apesar do pedido de autorização nesse momento, há a possibilidade do seu filho(a) participar do programa após seis meses, pois haverá um sorteio, no qual algumas crianças serão designadas para participar no primeiro momento e outras no segundo momento (após seis meses). Ao autorizar seu filho(a) a participar desse projeto (independente dele receber o programa ou não nesse primeiro momento), você contribuirá ainda para o desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde.

Caso você e/ou seu filho(a) tenha qualquer dúvida ou se sinta incomodado(a) de qualquer maneira, poderá(ão) conversar com as estagiárias ou supervisora da pesquisa, que fornecerão as informações e auxílios necessários. Caso seu filho(a) não queira continuar, você poderá retirar seu consentimento, não havendo quaisquer prejuízos ao fazê-lo. Caso não deseje que seu filho(a) participe da pesquisa, sinta-se à vontade para não assinar esse termo. Cabe ressaltar que apenas poderão fazer parte desse programa aquelas crianças, cujos pais/responsáveis assinarem esse documento. Uma via desse termo será entregue a você e outra com igual teor ficará com as estagiárias responsáveis.

Você poderá solicitar maiores informações no momento da coleta de dados ou em qualquer fase do programa, e também por meio do contato (16)3315-3724, ou ainda via e-mail cbneufeld@usp.br (Prof.^a Dr.^a Carmem Beatriz Neufeld). Você poderá ainda solicitar maiores esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa através do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, cujo contato encontra-se na nota de rodapé abaixo.

Atenciosamente,

Estagiário Responsável
Representante dos Acadêmicos

Prof. Dra. Carmem Beatriz Neufeld
Professora Orientadora (CRP 06/93723)

Autorização para Realização da Pesquisa

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho acima de maneira clara e detalhada, e autorizo a participação de meu filho (a), _____, nascido em ____/____/____, no mesmo. Declaro que possuo uma via do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este Aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do Responsável

Data

ANEXO C

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIA E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LaPICC – LABORATÓRIO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para inserção dos dados da pesquisa em banco.

Prezado(a) pais/responsáveis,

Seu filho(a) está sendo convidado a participar do projeto “Promoção de Saúde na Infância e Adolescência em uma Perspectiva Cognitivo-Comportamental”. Como já mencionado no termo de consentimento informado, livre e esclarecido apresentado anteriormente, esse projeto tem como objetivo principal implantar e avaliar um programa de promoção de habilidades para a vida, denominado PRHAVIDA e será conduzido pelas estagiárias de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, e sob coordenação e supervisão da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), professora e pesquisadora da mesma faculdade.

Todos os dados coletados no presente projeto serão armazenados em um banco de dados digital, que é um arquivo criado no computador para guardar todas as respostas dos instrumentos e dados de identificação de cada participante da pesquisa, bem como áudio e/ou vídeo gravações. Cabe ressaltar que o pesquisador garantirá o anonimato de seu filho(a), pois todos os participantes serão identificados por meio de um número. Os dados armazenados no banco de dados permitirão que outros pesquisadores realizem novas pesquisas, ajudando a gerar novos conhecimentos, beneficiando a saúde de crianças e adolescentes. Toda vez que uma nova pesquisa for realizada, mesmo que utilize esses dados, passará pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Pedimos sua autorização para armazenar os dados do seu filho(a). Asseguramos que todas as informações prestadas por ele(a) que serão armazenadas são estritamente confidenciais. Os questionários de pesquisa serão identificados com um código. Qualquer publicação utilizando os dados obtidos não incluirá nomes ou informações que possa identificá-lo(a).

Os dados obtidos por meio deste programa ficarão disponíveis neste banco de dados para futuras pesquisas. O anonimato do seu filho(a) será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo tais informações. É importante salientar que a responsável por este banco de dados é a Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723).

Mesmo que não deseje autorizar o armazenamento dos dados no banco, seu filho(a) poderá participar deste programa, sendo a autorização deste termo é independente da participação dele(a) no

estudo. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo ao seu filho(a).

Caso tenha alguma dúvida ou julgue necessário poderá ter acesso aos dados que serão armazenados, bem como os resultados obtidos com a utilização dos dados do seu filho(a), a equipe estará a sua disposição para quaisquer esclarecimentos. Maiores informações podem ser solicitadas durante os atendimentos ou através do telefone (16) 3315-3724, ou ainda via e-mail cbneufeld@usp.br.

Atenciosamente,

Estagiário Responsável
Representante dos Acadêmicos

Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld
Professora Orientadora (CRP 06/93723)

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento dos dados do meu filho(a) em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo uma via do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para inserção dos dados da pesquisa em banco que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este Aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

☐

Gostaria de ser avisado todas as vezes que os dados do meu filho(a) forem utilizados em futuras pesquisas.

☐

Não gostaria de ser avisado quando os dados do meu filho(a) forem utilizados em futuras pesquisas.

Assinatura do (a) Participante

/ /
Data

ANEXO D

PROGRAMA DE ATIVIDADES DO PRHAVIDA	
Sessões	Assuntos que serão trabalhados
Pré-teste	Crianças: IMHSC; CDI; SCAS; ESI Adolescentes: IHSA; BDI-II; SCAS; ESI; MSLSS
1ª sessão	Apresentação geral do grupo/ Identidade e Regras do grupo
2ª sessão	Psicoeducação sobre habilidades sociais
3ª sessão	Direitos humanos, civilidade e treino de empatia
4ª sessão	Psicoeducação sobre assertividade
5ª sessão	Treino de assertividade
6ª sessão	Psicoeducação sobre emoções
7ª sessão	Expressividade emocional e autocontrole
8ª sessão	Manejo de emoção
9ª sessão	Psicoeducação sobre pensamentos, modelo cognitivo
10ª sessão	Modelo cognitivo, distorções cognitivas e pensamentos alternativos
11ª sessão	Resolução de problemas e avaliação qualitativa
Pós-teste	Crianças: IMHSC; CDI; SCAS; ESI Adolescentes: IHSA; BDI-II; SCAS; ESI; MSLSS

ANEXO E

Ofício de aprovação do CEP referente ao projeto de implantação do PRHAVIDA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

"Campus" de Ribeirão Preto

Of.CetP/FFCLRP-USP/0271-jsl

Ribeirão Preto, 08 de novembro de 2010.

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "INVESTIGAÇÃO DE PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM ADOLESCENTES E CRIANÇAS" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 89ª Reunião Ordinária, realizada em 04.11.2010, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 532/2010 - 2010.1.1965.59.1.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE
Coordenadora

Ilustríssima Senhora
Prof.ª Dr.ª Carmen Beatriz Neufeld
Departamento de Psicologia da FFCLRP - USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP
Fone: (16) 3602-4081
Fax: (16) 3633-2560 (direto) ou 3603-6016
Avenida Bandeirantes, 3950 - bloco 1 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: cep@ffclrp.usp.br

ANEXO F

Ofício de aprovação do CEP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/082-dgfs

Ribeirão Preto, 07 de agosto de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "**Análise de uma Intervenção de Promoção de Saúde com Crianças**" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 145ª Reunião Ordinária, realizada em 30.07.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 44966915.0.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Isabela Maria Freitas Ferreira
Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br