

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

PATRÍCIA CAVALARI NARDI

VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS EM UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
MENTAL NA INFÂNCIA

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

Área de concentração: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO
2013

PATRÍCIA CAVALARI NARDI

Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância

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

Área de concentração: Psicologia
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld

Versão Corrigida

Ribeirão Preto
2013

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

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP

Nardi, Patrícia Cavalari

Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância. Ribeirão Preto, 2013.

81f p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Neufeld, Carmem Beatriz.

1. Programas de promoção.
2. Habilidades sociais.
3. Variáveis psicológicas

Nome: Patrícia Cavalari Nardi

Título: Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ao meu avô Alcides Amadeu Nardi (*in memoriam*), por despertar em mim a curiosidade sobre o ser humano e suas histórias. Por me proporcionar uma infância e adolescência repleta de afeto, cuidado e imaginação.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final de um Mestrado é um momento gratificante. Foram muitos os desafios deste caminho e muitas pessoas contribuíram para que este sonho ganhasse vida. Gostaria de agradecer a todos que tornaram este desafio possível.

À Prof^ª. Dr^ª Carmem Beatriz Neufeld, querida orientadora, pela oportunidade e por acreditar em mim. Agradeço pela dedicação ao longo do Mestrado, as supervisões, os conhecimentos compartilhados, as oportunidades de crescimento pessoal e profissional e o incessante incentivo. Ao Davi, pela amizade e alegria sempre presentes.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC-USP pelas valiosas discussões científicas e contribuições para este trabalho. Em especial às colegas que participaram diretamente do programa de promoção de saúde mental para crianças, que são: Carolina, Renata, Juliana, Carla, Mariana e Katherine. Muito obrigada!

À Prof^ª. Dr^ª. Edna Maria Marturano e à Prof^ª. Dr^ª. Renata Ferrarez Fernandes Lopes pelas valiosas contribuições em meu Exame de Qualificação. Pela leitura tão cuidadosa de meu trabalho e pelos aprofundamentos científicos que me ajudaram a nortear a finalização do mesmo.

Ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela disponibilidade. Ao CNPq pelo auxílio financeiro durante o Mestrado.

À escola, ao diretor, à coordenadora e às professoras que, desde o princípio, me receberam de braços abertos para a realização deste estudo. Às crianças, por compartilharem suas histórias, abraços e sorrisos e pela colaboração dedicada a este estudo.

Às amigas distantes que, pelo feliz avanço da tecnologia, me ajudaram e apoiaram nos momentos difíceis, como a adaptação nesta nova cidade. Gostaria de agradecer especialmente à Sara, querida amiga que conheci na faculdade pela disposição, carinho e paciência. À Carla, amiga dos tempos de colégio pelo apoio ao longo da vida, pelo respeito e admiração mútuos. À Sabrina, amiga dos tempos de Ballet, que apesar da falta de tempo da vida adulta continua me apoiando. À Alice, Mariane, Daniele e Matheus pela amizade e pelas risadas nos nossos encontros anuais.

Às amigas próximas pelo carinho, disponibilidade e apoio. À Priscila, pelo convite para o início desta jornada, pela amizade de longa data, pelo carinho e cuidado nos momentos de angústia e por partilhar comigo os momentos de alegria. À Jaqueline, pelas contribuições a

este trabalho, pelo carinho e orações. À Gabriela, pelo apoio e carinho na vida acadêmica e pessoal. À Marcella, pela atenção e disponibilidade. A todas as amigas e amigos que conheci ao longo desta caminhada pelos bons momentos e pela companhia.

À minha família, pelo amor e apoio que me deram ao longo da vida. À minha mãe, Zelina, que é fonte de amor e admiração diárias e que mesmo em um momento difícil me apoiou a seguir meu sonho e traçar meu próprio caminho. Ao meu pai, Luiz Carlos, pelo apoio e incentivo aos estudos. Ao meu irmão, Lucas, que sempre foi motivo de admiração pela sua determinação e esforço.

Ao Alexandre, que conheci durante esta jornada e hoje é minha nova família, pelo apoio, cuidado, amizade e amor. Ao nosso filho de quarto patas e coração imenso, Bruce, por ficar ao meu lado nas longas horas de trabalho.

A Deus, por todas as oportunidades e conquistas. Por ter colocado todas estas pessoas na minha vida. Por fim, pela paciência de me ensinar o significado de ter fé.

RESUMO

Nardi, P. C. (2013) Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

A terceira infância tem como sua principal característica o período escolar e uma fase de grande desenvolvimento cognitivo, físico e psicossocial nas crianças. Para lidar com estes desafios, é necessário que, cada vez mais as crianças possuam um repertório de habilidades sociais, habilidades de identificação e manejo de emoções de forma mais assertiva. Até a década de 80 acreditava-se que os medos e preocupações da infância eram transitórios e faziam parte do curso natural do desenvolvimento. Com o avanço dos estudos em psicopatologia tem-se conhecido cada vez mais sobre o adoecimento psicológico infantil e colaborado para o conhecimento da sintomatologia e de tratamentos eficazes para os transtornos. Uma alternativa para melhorar a saúde emocional das crianças são as intervenções destinadas à promover a saúde mental. O presente estudo tem como objetivo verificar os resultados imediatos obtidos a partir de um programa de promoção de saúde mental em grupos embasado em Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças. Participaram do estudo 22 crianças com idades entre 8 e 10 anos de idade que cursavam o 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública de Ribeirão Preto – SP. Os instrumentos utilizados foram: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC; Escala de Stress Infantil; Children's Depression Inventory; Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças. O presente estudo envolve um delineamento quase-experimental com aplicação dos instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção. Os participantes foram submetidos a 11 sessões do programa de promoção de saúde mental em crianças do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). Para verificar os resultados imediatos do programa foram realizadas análises quantitativa dos dados a partir de estatística não-paramétrica. As análises dos resultados compreenderam a comparação do pré e pós-teste dos grupos e a categorização dos sintomas encontrados. O nível de significância adotado para este estudo é de $\alpha = 0,05$ com intervalo de confiança de 95%. Com relação aos grupos, os resultados sugerem que ambos obtiveram uma melhora nos sintomas depressivos. O grupo I1 houve melhora nos fatores de reações físicas e psicológicas ao estresse e nos fatores de frequências não-habilidosas ativas e passivas. Já para o grupo I2, os resultados apontam para uma piora no escore total para a variável estresse e para o item reação psicológica ao estresse e uma melhora no fator de adequação não-habilidosa passiva. Quanto as categorias dos sintoma, tem-se que: 7 crianças permaneceram na mesma categoria, 6 crianças diminuíram de categoria e 8 crianças aumentaram de categoria após o programa. Apesar dos diferentes resultados, o estudo levanta hipóteses sobre os resultados encontrados no programa utilizado, e auxilia seu refinamento enquanto promotor de saúde mental infantil.

Palavras-chave: programas de promoção; habilidades sociais; variáveis psicológicas.

ABSTRACT

Nardi, P. C. (2013) Psychological variables in a program of mental health promotion in childhood. Master Degree, College of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

The third child has as its main feature the school period and a phase of great cognitive, physical and psychosocial in children. To deal with these challenges, it is necessary that more children have a repertoire of social skills, skills for identifying and managing emotions more assertive. Until the 80's it was believed that the fears and concerns of childhood were transient and were part of the natural course of development. With the advancement of studies in psychopathology has increasingly known about child psychological illness and contributed to the knowledge of the symptoms and effective treatments for the disorders. An alternative to improve the emotional health of children are interventions to promote mental health. This study aims to determine the immediate results obtained from a program to promote mental health in groups grounded in Cognitive-Behavioral Therapy for children. The study included 22 children aged between 8 and 10 years old who attended the 3rd grade of elementary school to a public school in Ribeirão Preto - SP. The instruments used were: Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC; Child Stress Scale, Children's Depression Inventory; Multimedia System Social Skills in Children. This study involves a quasi-experimental design with application of assessment instruments before and after the intervention. Participants underwent 11 sessions of the program to promote mental health in children Research Laboratory and Cognitive-Behavioral Intervention (LaPICC-USP). To check the immediate results of the program were conducted quantitative analyzes of data from non-parametric statistics. The analyzes of the results comprised the pre and post-test groups and category of symptoms found. The level of significance for this study is $\alpha = 0.05$ with a confidence interval of 95%. With regard to the groups, the results suggest that both had an improvement in depressive symptoms. The group I1 was no improvement in the factors of physical and psychological reactions to stress factors and frequency non-skilled active and passive. For the group I2, the results point to a worsening in the total score for the variable stress and psychological reaction to the item to stress and an improvement in fitness factor non-skilled passive. As the category of the symptom, which is: 7 children remained in the same category, category decreased in 6 children and 8 children increased category after the program. Despite different results, the study raises hypotheses about the results used in the program, and assists its refinement as a promoter of children's mental health.

Keywords: promotion programs, social skills, psychological variables.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Variáveis psicológicas em crianças	18
1.1.1 Estresse	19
1.1.2 Ansiedade	22
1.1.3 Depressão	24
1.1.4 Habilidades sociais	26
1.2 Promoção de saúde mental em crianças	29
1.2.1 Programa de promoção de saúde mental em crianças do LaPICC-USP	33
2 OBJETIVOS	37
2.1 Objetivos específicos	37
3 MÉTODO.....	39
3.1 Delineamento.....	39
3.2 Aspectos Éticos	39
3.3 Contexto de Pesquisa.....	40
3.4 Participantes	41
3.5 Contexto escolar	42
3.6 Instrumentos	43
3.7 Procedimentos	45
4 RESULTADOS	49
4.1 Análise por grupos.....	49
4.2 Análise da amostra clínica <i>versus</i> não-clínica.....	51
5 DISCUSSÃO	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	75
ANEXO.....	79

1 INTRODUÇÃO

A terceira infância, que acontece dos 6 aos 11 anos, é conhecida como o período escolar e uma fase de grande desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial nas crianças (Papalia, Olds & Feldman, 2006). É nesta fase que a estimulação do desenvolvimento pode maximizar os aspectos positivos da criança e influenciar o amadurecimento (Rodrigues, 2008).

O desenvolvimento físico apresenta uma desaceleração quando comparado à segunda infância. As crianças desenvolvem sua força, rapidez e coordenação e, em geral, apreciam testar essas novas habilidades. As habilidades motoras têm pouca diferença entre meninos e meninas, embora elas aumentem com a chegada da puberdade. Os problemas de saúde tendem a ser breves e passageiros (Stubbe, 2008).

A entrada no estágio das operações concretas, proposto por Piaget, possibilita à criança beneficiar-se do desenvolvimento cognitivo para resolver problemas concretos. A partir de então as crianças são capazes de pensar com lógica levando vários aspectos de uma situação em consideração. O desenvolvimento cognitivo permite às crianças se beneficiarem do ensino fundamental, bem como o ensino fundamental auxilia o desenvolvimento cognitivo. O refinamento da cognição atua como facilitador para a aprendizagem de novos conceitos. Assim, é possível que as crianças desenvolvam conceitos mais complexos sobre si mesmas, sua compreensão e controle emocional (Stubbe, 2008).

Um dos marcos do desenvolvimento psicossocial é a autoestima. É com o desenvolvimento da autoestima que a criança tem a ideia de sua capacidade para o trabalho produtivo. Com a ampliação da capacidade cognitiva as crianças desenvolvem um autoconceito amplo, que podem incorporar diversos aspectos da sua própria identidade. O senso de identidade da criança sobre ela mesma começa a influenciar sua autoestima (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Para Erikson (1982), a crise a ser resolvida da terceira infância é a produtividade *versus* inferioridade, na qual deve se desenvolver a competência como virtude. Neste sentido, a competência é a noção de si mesmo, como capaz de dominar suas habilidades e concluir tarefas.

Com o desenvolvimento, as crianças tomam consciência de seus sentimentos e dos sentimentos dos outros, tornando-se assim mais empáticas e pró-sociais. Quando este desenvolvimento ocorre, é considerado um sinal de adaptação positiva ao meio em que estão inseridas, além de afetar suas concepções sobre si mesmas. As crianças com comportamentos pró-sociais têm maior probabilidade de agir adequadamente em situações sociais, ter menos

emoções negativas e serem mais assertivas na resolução de problemas (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

A terceira infância é uma fase repleta de desafios. Eventos estressantes fazem parte desta etapa de vida e uma parcela das crianças aprende a enfrentá-los. Quando o estresse se torna opressivo, podem-se acarretar problemas psicológicos (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Como propõem Lipp (2000), graves estressores podem ter efeito de longo prazo no bem-estar físico e psicológico. Visando aos desafios apresentados acima, Stubbe (2008) aponta que se deve auxiliar as crianças a aumentar suas estratégias de enfrentamento e resiliência e de habilidades de vida saudáveis.

1.1 Variáveis psicológicas em crianças

Até a década de 80, acreditava-se que os medos e as preocupações da infância eram transitórios e faziam parte do curso natural do desenvolvimento (M. Cole & Cole, 2003). No senso comum há uma premissa de que crianças são naturalmente felizes, inocentes e livres de preocupação. Estas pressuposições advêm de uma crença popular de que a infância é um período livre das preocupações, culpas e responsabilidades da vida adulta (Wainer & Piccoloto, 2011). Segundo Malagris & Castro (2000) ainda há uma crença popular de que o sofrimento psicológico infantil é “coisa da idade” e que “com o tempo passa”. Com o avanço dos estudos em psicopatologia, tem-se conhecido cada vez mais sobre o adoecimento psicológico infantil e colaborado para o conhecimento da sintomatologia e de tratamentos eficazes para os transtornos.

Uma das classificações para a psicopatologia infantil são os transtornos internalizantes e externalizantes. Primeiramente crianças com problemas internalizantes, expressos pela baixa autoestima, timidez e retraimento, geralmente são mais negligenciadas pelos colegas. As crianças com problemas externalizantes expressam seus sentimentos por meio da agressividade e comportamentos antissociais, e são mais rejeitadas pelos colegas (Z. A. P Del Prette & Del Prette, 2009). Marturano e Loureiro (2003) ressaltam que as crianças com baixa autoeficácia e autoconceito prejudicados tendem a interpretar tarefas difíceis como ameaça pessoal, fazendo, assim, inferências negativas sobre si mesmas e não considerando as tarefas como possibilidades de sucesso. Esta realidade tem implicação direta para a construção de programas de intervenção com o objetivo de promover fatores protetores ao desenvolvimento infantil. As autoras propõem também que a redução de riscos e a promoção de competências são de grande valia ao indivíduo, à sociedade e às políticas sociais.

1.1.1 Estresse

Uma importante área de estudo no que tange a infância atualmente é o estresse infantil. Este que é considerado uma disfunção do organismo como forma de reagir a algum evento estressor, que podem ser situações difíceis como morte de familiares, mudança de cidade ou escola, morte de um animal de estimação, acidente, hospitalização, mudança de ano escolar ou de professora; ou situações muito excitantes como, viagem com colegas da escola, festa de aniversário, eventos que a criança deseja participar como apresentações, shows infantis, peças de teatro entre outros (Lipp, 2000).

Para Lipp (2000), o estresse em si não é uma doença, mas enfraquece o organismo deixando-o suscetível para o aparecimento de outros quadros de adoecimento psicológico ou físico. O estresse se apresenta como uma consequência da queda no funcionamento do sistema imunológico. Segundo a autora, no ano de 2000, o estresse infantil ainda era um assunto desconhecido no Brasil e no exterior.

A escola vem se mostrando uma importante fonte geradora de estresse em crianças. As dificuldades advindas deste estressor podem acarretar problemas acadêmicos e comportamentais (Lipp, 2000). Em um estudo (Borges & Marturano, 2009) que teve como objetivo verificar a efetividade de um programa para melhorar a convivência de crianças estudantes da 1ª série do Ensino Fundamental, foi realizada uma intervenção multimodal que incluía habilidades de solução de problemas interpessoais, valores humanos e autocontrole emocional. Os 30 alunos participantes da pesquisa foram avaliados com pré e pós-teste quanto ao seu desempenho pró-social e à percepção de estressores. Os resultados obtidos apontam redução nos conflitos interpessoais registrados em diário de campo pela professora e aumento no indicador pró-social. Os resultados do grupo de intervenção foram comparados com o grupo de comparação (n=31) e as crianças participantes do programa apresentaram melhor desempenho pró-social e menor suscetibilidade a situações estressantes.

Um dado importante, obtido no estudo (Borges & Marturano, 2009), foi com relação à percepção do aluno sobre fontes de estresse escolar. A literatura aponta que as experiências interpessoais na 1ª série podem se tornar importantes fontes de estresse. Para as crianças, as principais fontes estressoras são os relacionamentos com colegas e com o professor. Com relação aos colegas, as crianças temem ser alvo de provocação ou de agressão e, com relação aos professores, a repreensão (Rende & Plomin, 1992; Marturano & Gardinal, 2008). Com relação à redução da percepção de estresse, o estudo aponta que não houve a redução esperada. As autoras sustentam a hipótese de que há uma acumulação de situações

estressantes vivenciadas pelas crianças entre os meses de abril a novembro, em que ocorreu a intervenção. Ainda assim, o grupo participante da intervenção obteve um melhor desempenho com relação à redução da percepção ao estresse do que o grupo comparação.

Lipp, Arantes, Buriti e Witzing (2002) avaliaram a presença de sintomas de estresse em uma amostra de 255 crianças em idade escolar de 7 a 14 anos. O instrumento utilizado foi a Escala de Stress Infantil (Lipp & Lucarelli, 2005). Estas crianças eram oriundas de três tipos diferentes de escolas, sendo elas: uma escola municipal, uma escola particular e uma escola particular confessional filantrópica. Os dados foram analisados com relação ao sexo, à série do ensino fundamental e à diferença entre as escolas. Os resultados apontam que as meninas estavam significativamente mais estressadas que os meninos. Com relação à série frequentada, o estresse ia diminuindo conforme a criança progredia na escola. As análises também apontaram para uma forte associação entre a escola e o número de crianças estressadas: a escola municipal apresentou o maior percentual de crianças com estresse, com 18% de crianças estressadas; a escola particular ficou em segundo lugar com 7% de crianças com estresse e a escola confessional filantrópica apresentou 6% de crianças estressadas. Os autores apontam que é possível que condições sócioeconômicas e culturais tenham influenciado este resultado.

No Brasil, Lipp e Romano (1987) elaboraram um instrumento que visava avaliar o nível de estresse de crianças por meio da mensuração de sua sintomatologia (Lipp & Lucarelli, 2005). Este instrumento, denominado Inventário de Sintomas de Stress Infantil – ISS-I, discriminava reações físicas e psicológicas. As autoras ressaltam que embora o instrumento não tenha sido submetido ao processo de validação, ele foi um instrumento importante para a realização de diversos estudos (Villela, 1995; Tricoli, 1997).

Com o interesse em aprimorar os estudos do ISS-I (Lipp & Romano, 1987), surgiu a Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 2005). As autoras (Lipp & Lucarelli, 2005) explicam que as alterações realizadas referem-se a construção, sequência e acréscimo de itens, a forma de apresentação e a instruções a serem dadas para as respostas. Com o objetivo de realizar os estudos psicométricos exigidos pelo CFP, a escala passou por revisão em 2004. A ESI vem se tornando um importante instrumento de mensuração de sintomatologia de estresse no contexto escolar para crianças brasileiras, com é apontado por Pacanaro e Santos (2007).

Em estudo realizado por Lemes, Fisberg, Rocha, Ferrini, Martins, Siviero e Ataka, (2003) que teve por objetivo caracterizar o estresse em 342 crianças de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental foi utilizada a Escala de Stress Infantil – ESI. As crianças participantes eram

estudantes de uma escola pública do município de São Paulo. O estudo tinha objetivo secundário de comparar a presença ou ausência de estresse com o desempenho escolar. Porém, esta comparação não se mostrou estatisticamente significativa. Os resultados do estudo mostram que 30,1% das crianças apresentaram estresse e, das crianças com estresse, 38,2% apresentaram desempenho fraco, obtidos pela média de conceitos entre “A” e “E” fornecidos pelos professores em sete disciplinas.

A Escala Stress Infantil–ESI também foi utilizada no estudo de Sbaraini & Schermann (2008), com 883 crianças estudantes da quarta série do Ensino Fundamental em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul. As crianças participantes advinham de cinco escolas particulares, dezoito escolas municipais e onze escolas estaduais. O objetivo do estudo era de identificar a prevalência de estresse e possíveis fatores associados. Além da ESI, foi utilizado um questionário parental. Os resultados apontaram que uma porcentagem de 18,2% de prevalência de estresse na população do estudo. As análises estatísticas apontam como fatores associados ao estresse: crianças do gênero feminino; com mais de 10 anos de idade; escola pública; estado civil dos pais como não casados; relação familiar ruim; pais com baixa escolaridade e falta de atividades autônomas da criança. O estudo ressalta a importância da identificação precoce dos sintomas de estresse nas crianças a fim de prevenir o agravamento do quadro e a necessidade de medidas para identificá-las.

Com o passar dos anos e com o desenvolvimento social, afetivo e emocional, as crianças deparam-se com inúmeras situações diferentes, positivas e negativas, que lhes requerem recursos para enfrentá-las. Muitas vezes as crianças podem não estar preparadas para a resolução destes conflitos e desenvolvem sinais físicos e psicológicos de estresse. Neste sentido, é necessário que os pais ou responsáveis pela criança percebam estes sinais e auxiliem-na a enfrentar as situações adversas da vida ou procurem auxílio especializado para tal. Quando a criança não aprende a lidar com o estresse, nem com as situações que o desencadeiam, ela poderá vir a ser tornar um adulto com menos recursos de enfrentamento, tornando-se assim, mais frágil e suscetível às enfermidades e adversidades da vida (Lipp, 2000).

As crianças que apresentam importantes fontes internas de estresse vão tornando a vida mais comprometida, pois não se sentem livres para fazer o que outras crianças fazem com facilidade. O estresse sofrido para enfrentar as situações entendidas com ameaçadoras contribui para que a criança reforce a baixa autoestima e comprove a baixa autoeficácia já existentes na percepção da criança. Este quadro de estresse abre portas para que outras

psicopatologias se desenvolvam na criança, como os transtornos ansiosos e depressivos (Malagris & Castro, 2000).

1.1.2 Ansiedade

Atualmente a ansiedade é a maior causa de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. As taxas de prevalência variam entre 4% a 25% em população escolar (Neil & Christensen, 2009). A ansiedade é uma resposta natural do organismo frente a um evento considerado ameaçador. O medo e a preocupação são naturais, mas podem se tornar um problema quando são persistentes, graves, incapacitam-nas e interferem na vida e nas atividades da criança (Stubbe, 2008).

A ansiedade envolve componentes fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O fisiológico prepara o corpo para agir; o cognitivo envolve a avaliação de situações e os eventos como um risco antecipado; e o comportamental ajuda a criança a antecipar e evitar um possível perigo. Quando esta resposta ansiosa torna-se distorcida e/ou disfuncional, as crianças passam a ter prejuízos nos mais diversos ambientes (Stallard, 2010). A etiologia dos transtornos de ansiedade é multifatorial. Acredita-se que há uma vulnerabilidade biológica que facilita o desenvolvimento de uma sintomatologia ansiosa e esta, quando aliada a fatores ambientais, cognitivos e experiência de aprendizagem e por eles mantida, desenvolve-se em um transtorno ansioso (Goodman & Scott, 2004).

Para Neil e Christensen (2009), a alta prevalência e o difícil prognóstico justificam a necessidade de estudos e investimento em programas que diminuam a incidência de transtornos ansiosos na população infantil. Os autores apontam a necessidade de prevenção dado que pesquisas indicam que apenas 25% a 34% das crianças e adolescentes com transtorno psicológico diagnosticável recebem tratamento clínico, e muitos abandonam o tratamento antes da alta. O investimento em prevenção dos transtornos de ansiedade e promoção de saúde mental é uma forma de diminuir o tempo em serviço especializado, uma economia de custos, e diminuir o possível agravamento do quadro (Spence & Dadds, 1996). Os primeiros autores propõem ainda que os programas de prevenção à ansiedade podem ajudar a prevenir o desenvolvimento de transtornos depressivos em crianças, visto que esta é uma comorbidade típica.

Nunes e Neto (2004) realizaram a validação e confiabilidade da versão brasileira da Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC. O estudo ocorreu no município de São Paulo, com a participação de 649 crianças de duas escolas públicas, com idade entre 9 a

14 anos, e 25 crianças e adolescentes, com idade entre 10 a 13 anos, com diagnóstico de ansiedade e sob atendimento clínico em clínica-escola. Como instrumentos, foram utilizados o Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC e o Children’s Depression Inventory – CDI. Foram analisadas as seguintes características psicométricas da MASC: consistência interna, validade discriminante, validade de “responsiveness” e análise de correlação. Nunes e Neto (2004), concluem em seu estudo que a MASC preenche os critérios básicos de confiabilidade e validade, sugerindo que este é um instrumento confiável para a avaliação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes. Para o grupo de escolares, o escore médio foi de 50,32 com desvio padrão de 10,99 para a MASC. Já para o grupo de crianças com diagnóstico de ansiedade, o escore médio foi de 63,16 com desvio padrão de 13,79.

A fim de estudar a sintomatologia ansiosa em crianças, Vianna (2008) também adaptou e avaliou as propriedades psicométricas da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças. Foi objetivo do estudo verificar os níveis de ansiedade em 317 crianças e adolescentes de população clínica (n= 48) e população escolar (n= 269) no Rio de Janeiro. Os dados apontaram para um bom desempenho psicométrico da escala e facilidade de aplicação. Quanto aos níveis de ansiedade, foram encontrados na população clínica os seguintes índices: 16,7% de participantes com ansiedade; 35,4% com ansiedade e alguma comorbidade; 47,9% com outro diagnóstico. Já para a população escolar foram encontrados, na Rocinha, 60,3% da amostra com sintomatologia ansiosa e em outras localidades, 55,7%.

Em um estudo brasileiro (Caíres & Shinohara, 2010), verificou-se a presença de sintomas de ansiedade infantil em ambientes violentos. Participaram do estudo 90 crianças de três escolas públicas do Rio de Janeiro, localizadas nas comunidades da Rocinha, Dona Marta e Barrinha. No estudo, foi aplicada a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) em 30 crianças de cada escola das comunidades acima citadas, sendo 15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. As crianças participantes do estudo cursavam entre o 6º e o 9º ano do Ensino Fundamental. Os resultados obtidos no estudo apontam que as crianças de ambientes sociais mais violentos, como a comunidade da Rocinha, apresentam graus de ansiedade quase duas vezes maior do que a comunidade da Barrinha. Para as autoras, o fator que pode ter influenciado os menores índices de ansiedade é o aumento da segurança e tranquilidade advindos da presença da Polícia Militar na comunidade da Barrinha. Desta forma, as autoras apontam no estudo uma importante área, que é a relação entre o ambiente social violento e a presença de sintomas ansiosos em crianças.

1.1.3 Depressão

Para Wainer e Piccoloto (2011), o estudo da depressão em crianças vem se desenvolvendo de forma mais controlada e sistematizada a partir dos anos 80 com o avanço das abordagens cognitivistas e interpessoais. A depressão em crianças apresenta índices próximos a 2% em idade pré-escolar e em idade escolar esse percentual sobe para 5%, e é mais comum em meninos do que em meninas na infância (Azevedo, Caminha & Caminha, 2007).

Estudos de prevalência desta sintomatologia têm encontrado os mais diversos resultados na população brasileira. É importante ressaltar que todos os estudos descritos a seguir utilizaram o Children Depression Inventory (Gouveia, Barbosa Almeida e Gaião, 1995) como instrumento de suas pesquisas. Bandim, Sougey e Cavalho (1995) encontraram 12,5% de sintomas depressivos em crianças de uma escola particular do Recife. Em um estudo (Barbosa, Dias, Gaião e di Lorenzo, 1996) na cidade de Bananeiras – PB, foi encontrado 22% de prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de 807 crianças e adolescentes de diversas escolas da cidade. Em São Paulo, Curatolo (2001) encontrou um índice de 22% de sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 12 anos. Em Ribeirão Preto, três estudos indicam a incidência de sintomas depressivos em escolares. O primeiro estudo (Baptista & Golfeto, 2000) aponta uma taxa de 1,48% de sintomas depressivos em 135 crianças com idade entre 7 a 14 anos de uma escola particular de alto nível socioeconômico. O autor resalta que foram convidadas a participar do estudo 320 crianças, mas apenas 135 obtiveram a autorização dos pais para o mesmo por problemas familiares intrínsecos. Já o estudo de Veiga e Golfeto (1999) encontrou a incidência de 3,83% de sintomas depressivos em 285 crianças em uma escola particular utilizando o CDI. O terceiro estudo (Hallak, 2001), realizado na cidade de Ribeirão Preto, encontrou uma prevalência de 6% em 602 crianças de 7 a 12 anos provenientes de escolas públicas de diferentes áreas da cidade.

Cruvinel e Boruchovitch (2004) e Goodman e Scott (2004) apontam a grande diversidade e inconsistência nas taxa de incidência para os sintomas depressivos. Segundo Poznanski e Mokros (1994) existem muitos fatores que contribuem para esta variabilidade. Para os autores é necessário considerar questões como: população estudada, método de avaliação, tipo de avaliação, a definição de depressão, entre outros. Já Baptista e Golfeto (2000) ressaltam a importância dos fatores culturais, econômicos e regionais para a diversidade dos achados científicos.

O diagnóstico da depressão infantil ainda é bastante novo e controverso. Seus sintomas mais comuns são: humor irritável, agressividade, perda de interesse em atividades antes prazerosas, desesperança, agitação, lentidão, insônia ou hipersônia, fadiga, isolamento, perda de energia e peso, dificuldade de concentração e queda no rendimento escolar (Stubbe, 2008). Já Rehm e Sharp (1999) ressaltam a hipótese de que a depressão se manifesta de forma diferente em crianças em comparação a adultos, e rejeitam a ideia de que as crianças sejam diagnosticadas pelos mesmos critérios que os adultos.

Os autores (Wainer & Picolloto, 2011) ainda salientam que a “depressão pura” é uma exceção à regra. O mais usual é a comorbidade entre os transtornos típicos da idade, principalmente com os transtornos ansiosos. Esta sobreposição de sintomas acarreta um problema central para a definição do diagnóstico e planejamento da intervenção, pois muitos sintomas estão presentes em vários transtornos psiquiátricos.

As crianças em idade escolar, dos 6 aos 12 anos, têm a tipologia dos seus sintomas correlacionados com o nível de abstração. Com o desenvolvimento das habilidades linguísticas, desenvolve-se também a forma como a criança irá lidar com as dificuldades e com os sentimentos. É nesta faixa etária que, com maior frequência, aparecem as dificuldades acadêmicas e os problemas de relacionamento com colegas (Wainer & Picolloto, 2011).

Os distúrbios emocionais, quando não tratados, podem influenciar negativamente a vida de uma criança, tornando-a desadaptativa ao seu meio e vice-versa. Estas dificuldades podem gerar sérios conflitos com familiares, professores e amigos. A criança sente-se diferente, isola-se socialmente e, por consequência, deixa de desenvolver habilidades necessárias para toda a vida. O isolamento social, somado às experiências de insucesso e às cobranças por parte dos pais e escola, pode desenvolver na criança crenças desadaptativas e disfuncionais sobre si, sobre os outros e sobre o futuro que a acompanharão por toda a vida (Malagris & Castro, 2000).

A depressão na infância ainda é uma das psicopatologias de mais difícil diagnóstico. Com o objetivo de avaliar sintomas depressivos em crianças, a *Children's Depression Inventory* – CDI foi elaborada por Kovacs (1983) Kovacs (1981) e apresenta consistência interna adequada (0,86). Este instrumento destina-se a identificar alterações afetivas em crianças e adolescentes entre sete a dezessete anos. No Brasil, o CDI foi adaptado por Gouveia, Barbosa Almeida e Gaião (1995) e Hutz e Giacconi (2000) e vem apresentando condições psicométricas adequadas em diversas regiões brasileiras (Gouveia, Barbosa Almeida e Gaião, 1995; Reppold, 2001) e em crianças em situação de risco (Dell'Aglio, 2000).

Cruvinel e Boruchovitch (2004) avaliaram a relação entre sintomas depressivos, o rendimento escolar e as estratégias de aprendizagem dos alunos do Ensino Fundamental. Participaram do estudo 169 alunos entre as 3^a, 4^a e 5^a de uma escola pública na cidade de Campinas. A idade dos participantes variava entre 8 a 15 anos, eram de ambos os sexos e, em sua maioria, não repetentes. O critério utilizado para mensurar o rendimento escolar no estudo foi a nota dada pelos professores de Matemática e Português. Foi encontrada incidência de 3,5% de sintomas depressivos na população. A relação entre os sintomas depressivos e o rendimento escolar apresentou-se estatisticamente significativa com relação à disciplina de Matemática, mas o mesmo resultado não se mantém com relação à disciplina de Português. Os autores apontam questões de subjetividade do professor como critério da disciplina e do rendimento escolar.

Em busca por literatura, utilizando o Inventário de Depressão Infantil – CDI, encontraram-se alguns estudos sobre os parâmetros psicométricos do inventário. Wathier, Dell’Aglio e Bandeira (2008) realizaram uma análise fatorial que reforça a validade do instrumento ($\alpha= 0,85$) para a população brasileira, conduzindo o estudo com 951 crianças de Porto Alegre - RS. Já Coutinho, Carolino e Medeiros (2008) conduziram um estudo com o objetivo de verificar a validade de constructo e consistência interna ($\alpha= 0,91$) do instrumento com crianças em São Luiz – MA. O resultado obtido aponta que o CDI tem parâmetros psicométricos aceitáveis, sendo um instrumento eficaz para indicar sintomas depressivos em crianças. Outro estudo (Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira, 2002) sobre as propriedades psicométricas do instrumento foi realizado com 287 crianças em Ribeirão Preto – SP. Os resultados apontam que o questionário teve uma consistência interna adequada ($\alpha= 0,81$), porém, quando analisados os fatores separadamente, os valores de α foram baixos. Ainda sim, os autores ressaltam a importância do instrumento para rastrear sintomas de depressão infantil.

1.1.4 Habilidades sociais

Com o desenvolvimento infantil e o aumento da interação social, podem surgir problemas nesta fase, o que se constata pela maior procura por atendimento psicológico (Caminha & Pelisoli, 2007). Para lidar com estes desafios, é necessário que, cada vez mais, as crianças sejam auxiliadas a desenvolver uma competência social, segundo Z. A. P. Del Prette e Del Prette (2009):

“a competência social é a capacidade social de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura,

gerando consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as demais pessoas.” (p.33).

As características que definem os desempenhos socialmente competentes em crianças são três: reações não-habilidosas passivas, reações habilidosas e reações não-habilidosas ativas. Esta reação deve ser medida tanto em sua frequência, ou seja, quantidade em que o comportamento ocorre, quanto em sua adequação, que é o entendimento cognitivo sobre a reação. Quando a criança apresenta um reação não-habilidosa passiva, ela se expressa de forma encoberta de incômodo, mágoa, ansiedade e/ou evitando as demandas interpessoais. Desta forma a criança não responde ao meio de forma assertiva e não desenvolve seus recursos de enfrentamento. As crianças que apresentam reações habilidosas são crianças que conseguem enfrentar as demandas de interação com o meio em que vivem. Estas crianças desenvolvem suas competências sociais e recursos de enfrentamento para futuras situações adversas. Já as crianças que se comportam de forma não-habilidosa ativas apresentam em seus repertórios comportamentais uma forma de se expressar mais agressiva, negativa, irônica, autoritária e/ou coercitiva (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009).

A competência social também é considerada como um indicador de ajustamento psicossocial e de uma perspectiva positiva para o desenvolvimento, assim como o contrário também é verdadeiro, pois repertórios comportamentais empobrecidos podem resultar em problemas psicológicos (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009). Os principais transtornos presentes nessa idade são: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtornos de Aprendizagem, Transtorno de Ansiedade de Separação e Depressão Infantil (American Psychiatric Association [APA], 2002).

Dentre a diversidade de habilidades sociais necessárias à infância, no final da década de 90, Caldarella e Merrell (1997) analisaram 21 pesquisas envolvendo 22.000 crianças e classificaram as habilidades sociais em 5 classes, assim propostas: relação com companheiros, autocontrole, habilidades sociais acadêmicas, ajustamento e asserção. Já no Brasil, apesar dos poucos estudos voltados para a área de promoção e prevenção em saúde, a subárea que mais tem desenvolvido pesquisas refere-se às habilidades sociais (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009).

Em estudo realizado por Z. A. P. Del Prette e Del Prette (2002), foram identificados 7 classes de habilidades socialmente relevantes na infância, estas são: autocontrole e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades, solução de

problemas interpessoais e habilidades sociais acadêmicas. Os mesmos autores indicam (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009) que um repertório de habilidades sociais mais adaptativas contribui para relações harmoniosas com colegas, pais e adultos que tenham contato com a criança. Assim, a competência social está positivamente relacionada com o desenvolvimento adaptativo, rendimento acadêmico, responsabilidade, independência e cooperação. Desta forma, competência social aumenta a capacidade da criança em lidar com situações adversas e estressantes. Essa capacidade pode ser expressa pela empatia, senso de humor, habilidades de comunicação, de resolução de problemas e autonomia.

O Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças-Del-Prette (Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2005) consiste em um conjunto de materiais para avaliar habilidades sociais. O SMHSC-Del-Prette também pode ser utilizado como um recurso instrucional em programas educativos ou terapêuticos. Um importante aspecto do instrumento é a caracterização do repertório social da criança com base em auto-avaliação e na avaliação do professor.

Para Z.A.P. Del Prette & Del Prette (2005), é comum o uso de inventários auto-aplicados na população adulta, mas ainda um tanto raro na população infantil. O fato de critérios como o de competência social serem, geralmente, estabelecidos por adultos torna supostamente a auto-avaliação infantil menos precisa. Já com relação às habilidades necessárias para a aceitação e popularidade entre as crianças dependem de critérios que elas próprias adotam, o que pode ser diferente dos critérios da vida adulta. É importante ressaltar que a diferença entre auto-avaliação e uma avaliação externa deve ser situadas em uma perspectiva ampla. Esta deve considerar a natureza dos déficits da criança e a complexidade de fatores associados ao repertório social.

Os autores A. Del Prette e Del Prette (2011) desenvolveram um Programa Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (PMHSC) (Z.A.P Del Prette & Del Prette, 2005) unindo o SMHSC-Del-Prette e o Recurso Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (RMHSC-Del-Prette). A proposta é que estes recursos de avaliação poderiam também ser utilizados para intervenção. Os autores propõe que os objetivos em específico para este trabalho seriam: apresentar um modelo de comportamento socialmente competente com topografia e funcionalidade, facilitar a discriminação de comportamentos não habilidosos e promover outras habilidades além das ilustradas no instrumento.

Em estudo sobre as diferenças e semelhanças de alguns aspectos psicométricos do SMHSC-Del-Prette, Z.A.P. Del Prette e Del Prette (2005) verificaram indicadores de frequência e dificuldade de desempenhos sociais obtidos com o instrumento. Participaram do

estudo 406 escolares de 7 a 13 anos, de ambos os sexos e com diferentes graus de aprendizagem, e reaplicado um mês depois em 191 participantes da amostra. Os resultados apontam uma melhor performance quanto ao fator de dificuldade em comparação com o indicador de frequência. Os aspectos analisados foram: simetria na distribuição dos escores, consistência interna, correlação entre teste e reteste, índice de discriminação entre itens e escores e estrutura fatorial. Os autores apontam ainda as implicações metodológicas e práticas dos resultados obtidos e a necessidade de novos estudos psicométricos do instrumento (Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2005).

Em estudo realizado por Cia, Pamplin e Del Prette (2006), objetivou-se comparar indicadores de envolvimento de pais com filhos e a relação deste envolvimento no repertório de habilidades sociais e problemas de comportamento das crianças. Participaram do estudo 110 crianças da 4ª série e foram utilizados o Questionário de Qualidade da Interação Familiar na Visão dos Filhos (QIFVF) e o SMHSC-Del-Prette. Os achados apontam que as mães, na visão dos filhos, têm melhores indicadores de comunicação e participação do que os pais. Os autores apontam que estes indicadores se correlacionam positivamente com os escores de habilidades sociais e negativamente com os de comportamento externalizantes das crianças.

1.2 Promoção de saúde mental em crianças

O termo promoção define-se, de maneira ampla, para não se direcionar a uma determinada doença ou desordem, mas com o objetivo de aumentar a saúde e o bem estar de uma forma global. O termo prevenção tem o significado de “preparar; chegar antes; dispor a evitar o mal”. Já a prevenção em saúde se dá pela ação antecipada com o objetivo de tornar improvável o progresso da doença. Estas ações estão definidas no sentido de reduzir a incidência e prevalência de eventos que estimulem o desenvolvimento de doenças e dificuldades psicológicas (Czeresnia, 1999; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005).

Para os autores Weisz et al. (2005), o conceito de prevenção e promoção na infância tem ganhado forças com o estudo do adoecimento mental de crianças e adolescentes. Os autores apontam que os termos prevenção e promoção são usados de forma complementar. O termo prevenção tem o caráter de redução da incidência de um determinado transtorno e o termo promoção é designado às ações que visam fortificar a saúde mental por meio do conhecimento adquirido, pelo fortalecimento das habilidades de enfrentamento e apoio. Para corroborar com esta visão, a *World Health Organization* WHO (2004) postula que os elementos de prevenção e promoção estão frequentemente presentes dentro dos mesmos

programas e estratégias, pois ambos têm como objetivo a melhoria da saúde mental e devem ser entendidos como abordagens distintas, mas interligadas.

Nesse sentido, a WHO (1997) tem indicado como desejável que os programas de saúde incluam intervenções de “habilidades para a vida”. Estas habilidades são entendidas como empatia, criatividade, pensamento crítico, autoconhecimento, relacionamento interpessoal, comunicação, manejo de emoção e estresse, resolução de problemas e tomada de decisão. Em uma revisão do conceito de saúde mental positiva, o *Mental Health Foundation* (2001) aponta que este constructo inclui autoconfiança, assertividade, empatia, desenvolvimento emocional, criatividade, intelectualidade, espiritualidade, a capacidade de iniciar e manter relações de mútua satisfação pessoal, a capacidade de resolução e aprendizado com os problemas da vida, saber desfrutar da solidão, divertir-se, rir de si mesmo e do mundo.

As intervenções em habilidades para vida têm como objetivo desenvolver habilidades sociais como a empatia, a comunicação, como lidar com emoções e estresse, a solução de problemas, e ainda as habilidades pessoais como tomada de decisão, autoestima e uma visão proativa de mundo. Para Gorayeb (2002), os programas de habilidades para vida podem ser desenvolvidos em diferentes contextos e para diferentes idades. Entre estes contextos estão inclusos escolas, centros comunitários, unidades básicas de saúde e instituições. O conteúdo a ser trabalhado deve se adequar às características da população envolvida. A WHO (1997) aponta que devem ser utilizados recursos facilitadores como interação grupal, dramatização, jogos e discussões para facilitar o ensino das habilidades para vida.

Em uma revisão de literatura realizada por Wells, Barlow e Stewart-Brown (2003), é apontado que uma das políticas públicas de saúde mais importantes do Reino Unido é a criação e desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde mental, principalmente em ambientes escolares. Estes programas têm seu foco principal na melhoria nos relacionamentos interpessoais e no desenvolvimento de uma saúde mental positiva para as crianças.

Segundo Wells et al. (2003), os programas de promoção de saúde mental nas escolas têm sido implementados de diferentes formas. Lizuka e Barrett (2011) mostram que os programas têm sido desenvolvidos de três formas distintas: programas indicados, programas seletivos e universais. Os programas indicados são desenvolvidos para as crianças que já manifestam algum tipo de sintoma. Os programas seletivos são para crianças com risco de problemas de saúde mental. Os programas universais têm como objetivo melhorar a saúde mental da população infantil como um todo. Para as autoras, os dois primeiros tipos de

intervenção são caracterizados com o objetivo de prevenção de doença mental, que pode ou não já estar instalada na criança; já o terceiro tipo de intervenção, como promoção de saúde mental.

Os Transtornos emocionais em crianças são comuns, e estudos em amostras comunitárias indicam que 4 a 8 % de crianças preenchem critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV TR, 2002) para algum transtorno grave. Para a população da América Latina e Caribe, os autores Hoven, Berganza, Bordin, Bird e Miranda (2003) encontraram dez estudos epidemiológicos com estratégias de avaliação padronizadas apresentando taxas de prevalência de problemas mentais em crianças e adolescentes entre 15 e 21%. Paula, Duarte e Bordin (2007) encontraram nove publicações brasileiras com registros de prevalência entre 12,6 a 35,2% em informações fornecidas por pais ou pelas crianças.

Um estudo brasileiro com 1.251 crianças e adolescentes foi realizado por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) e nele verificou-se a prevalência de sintomas psiquiátricos em escolares de 7 a 14 anos na cidade de Taubaté - SP entre 2000 a 2001. A metodologia utilizada consistiu em uma entrevista diagnóstica utilizando o *Development and well-being Assessment* com revisão por profissionais clínicos. A taxa de prevalência global encontrada foi de 12,7% com 3,5% de crianças com diagnósticos sem outra especificação (SOE). Os transtornos mais comuns no estudo foram: Transtornos Disruptivos (7,0%), Transtornos Ansiosos (5,2%), TDAH (1,8), Transtornos Depressivos (0,8%). Com relação ao sexo, os meninos obtiveram maiores níveis de transtornos externalizantes. Já com relação à idade, os autores encontraram um aumento de depressão com o avanço da idade da amostra. Os autores concluem que, aproximadamente, um a cada oito escolares participantes possuem algum transtorno psiquiátrico com considerável prejuízo social e sofrimento que justificaria atendimento especializado.

Diferentes estudos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Ford, Goodman & Meltzer, 2003a) têm indicado que crianças e adolescentes não têm recebido acompanhamento adequado para a melhora dos transtornos. Muitos dos sintomas, se não tratados, persistem e recrudescem na idade adulta jovem, acarretando riscos de fracasso escolar, depressão, ansiedade e uso de drogas (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne & Poulton, 2003; Woodward & Ferguson, 2001). Quanto ao impacto dos transtornos psicopatológicos com relação ao tempo geral de vida perdido e o prejuízo trazido pela doença não há estudos que quantifiquem estas consequências (Ustün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers & Murray, 2004).

Em uma meta-análise (Reddy, Newman, Thomas & Chun, 2009), verificou-se a efetividade de programas de prevenção e intervenção para crianças e adolescentes com distúrbios emocionais em escolas. Os programas de prevenção foram selecionados conforme o critério de que os participantes tinham fatores de risco para desenvolver distúrbios emocionais. Já os programas de intervenção foram selecionados sob o critério de que os participantes já teriam desenvolvido algum tipo de distúrbio emocional. Os autores concluíram que ambos os tipos de programas foram mais eficazes para lidar com os problemas externalizantes e moderadamente eficazes para lidar com as demandas internalizantes. Quanto ao efeito dos programas estudados, os autores apontam que os programas interventivos obtiveram melhores resultados quando comparados aos programas preventivos.

Para Matínez (1998), a escola tem apresentado um importante papel como facilitador no campo das práticas preventivas e de promoção de saúde, principalmente com as crianças. As famílias, os meios de comunicação e a escola fazem parte de um contexto importante para a educação e promoção de saúde e têm uma relação direta com os contextos sociais em que estão inseridos. Durlak e Wells (1997) apontam que a ideia de prevenção não é nova e existem programas e ações preventivas voltadas para a educação no treino de professores desde o ano de 1920. Infelizmente, a prática assistemática e a falta de critérios para avaliação acarretam dificuldades à avaliação da eficácia destas ações.

Para Z. A. P 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) a própria função social da escola; (b) a relação entre o desempenho acadêmico e as habilidades sociais, e (c) as políticas de inclusão. Assim, proporcionar intervenções em escolas aumenta a acessibilidade aos programas, melhora os atendimentos nas sessões e reduz o estigma associado às doenças mentais.

A promoção de saúde mental dentro do ambiente escolar possibilita que as crianças adquiram um repertório de habilidades que lhes permite vivenciar de forma mais saudável e eficaz as dificuldades no decorrer da vida. Assim, as escolas podem assumir um papel pioneiro na efetivação de programas promotores de qualidade de vida (Lipp, Arantes, Buriti e Witzing, 2002).

O desenvolvimento infantil é constituído por várias fases que têm características próprias. A avaliação destas fases necessita de recursos complementares para uma investigação fidedigna. Para Nascimento, Pedroso e Souza (2009), o campo da avaliação psicológica no Brasil está em crescente ampliação, o que justifica a necessidade de elaboração

de instrumentos e técnicas adequados para a realidade brasileira. Os testes psicológicos são ferramentas que têm por finalidade ser uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento (Anastasi & Urbina, 2000).

Wells et al. (2003) propõem que, como instrumentos a serem utilizados para a mensuração da eficácia dos programas preventivos, é desejado que sejam utilizados inventários e testes que verifiquem os níveis de adoecimento. Para os programas universais é indicado que sejam utilizados instrumentos que verifiquem aspectos positivos da saúde mental, como inventários de assertividade e autoestima. Os autores ponderam que em algumas realidades pode ser difícil seguir estes apontamentos quanto à testagem a ser realizada e que diferentes programas de prevenção ou promoção têm usado as mais diversas formas para mensurar seus resultados. Segundo Anastasi e Urbina (2000), os estudos iniciais sobre bem-estar infantil e adolescente utilizavam instrumentos da população adulta, contrariando as orientações para a avaliação psicológica infantil. No Brasil, embora tenha havido uma melhora na regulamentação dos instrumentos psicológicos pelo Conselho Federal de Psicologia, os instrumentos destinados a crianças e adolescentes são escassos (Petersen & Koller, 2006).

1.2.1 Programa de promoção de saúde mental em crianças do LaPICC-USP

Uma abordagem que tem apresentado representatividade na literatura para intervenções nesta população é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Esta abordagem apresenta intervenções eficazes no tratamento de transtornos como ansiedade e depressão na infância (Stallard, 2010), pois atende a demandas atuais e preventivas com formato estruturado e tempo determinado. A TCC propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional influencia o humor e o comportamento dos indivíduos (Beck, 1997). A autora explicita que para a TCC a avaliação realista e a modificação do pensamento mantêm a melhora do humor e facilitam comportamentos mais adaptativos. Este processo resulta em uma modificação de crenças disfuncionais básicas dos indivíduos.

Segundo Bonfati, Souza e Wainer (2007), quando se proporciona atenção, tratamento adequado e eficaz às crianças, já se trabalha em uma direção preventiva dos transtornos que possam vir a se desenvolver e gerar quadros mais graves. Stallard (2007) aponta que a TCC tem o objetivo de desenvolver a capacidade de identificar, desafiar e gerar pensamentos alternativos e comportamentos mais adaptativos ao meio em que a criança está inserida. Bonfati et al.(2007) ressaltam que o grupo facilita o contato das crianças entre si e auxilia no

desenvolvimento do *insight*, proporciona oportunidades para a prova da realidade e para dar e receber *feedback*. Assim, o grupo possibilita que a criança construa um novo modelo interno para lidar com as suas dificuldades existenciais e para que possa ocorrer o espelhamento emocional.

Com o desenvolvimento da TCC, vários pesquisadores têm se voltado para o estudo desta abordagem em grupos, que se denomina Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (TCCG). Os pressupostos em TCCG são os mesmos já conhecidos e utilizados nos atendimentos individuais. Como modalidades de intervenção, a TCCG propõe: grupos de apoio, grupos de psicoeducação, grupos de treinamento e/ou orientação e grupos terapêuticos. Os grupos de apoio têm como objetivo o suporte a um tratamento ou sintoma que já recebeu intervenção específica. Os grupos de psicoeducação têm como objetivo oferecer informações psicológicas, ambientais e neurobiológicas sobre os sintomas ou dificuldades de seus participantes. Já os grupos de orientação ou treinamento caracterizam-se por executar atividades práticas, oferecer informações e auxiliar na identificação de pensamentos, emoções e comportamentos, com o objetivo de orientar os participantes do grupo para as mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais. Os grupos terapêuticos intervêm em sintomas específicos com o objetivo de apoio, psicoeducação, orientação para mudança e prevenção de recaída (Neufeld, 2011).

No que tange à prática clínica e às bases teóricas da TCC com crianças, tem-se a mesma fundamentação teórica que as intervenções com adultos. Ambas baseiam-se no pressuposto que o comportamento visa à adaptação do indivíduo ao meio em que está inserido. Ainda há a interação entre cognição, afeto, comportamento da criança ou do adulto na busca por adaptação (M.G. Caminha & Caminha, 2007).

No interior de São Paulo, o Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) tem desenvolvido um programa de intervenção para promoção de saúde mental com crianças e adolescentes (Neufeld, Cavenage, Rossetto & Cassiano, 2011)¹. O programa possui a mesma base e referencial teórico para ambas as populações e a diferença está presente apenas quanto à execução da estrutura, acontecendo em momentos distintos para cada faixa etária. Quanto aos aspectos de inclusão, o programa acontece em grupos heterogêneos e os participantes são convidados em sala de aula e com a autorização dos pais, e todos os interessados e autorizados fazem parte do grupo. Reforçando o caráter de promoção de saúde, o programa não estabelece critério de exclusão. O caráter

¹ Para maiores informações entrar em contato com cbneufeld@usp.br

heterogêneo do grupo acaba por ser um diferencial do programa em questão, pois há a troca de experiência, vivência e modelação de comportamento entre participantes muito habilidosos e pouco habilidosos. É importante ressaltar que inicialmente o programa era chamado de Treinamento de Habilidades Sociais para Crianças e Adolescentes, o que justifica esta nomenclatura nos apêndices e anexos deste trabalho.

Os autores Neufeld et al., (2011) apontam sobre a importância de um desenvolvimento sadio de habilidades sociais e pessoais. Desta forma, ocorre a necessidade de auxiliar as crianças e adolescentes a identificar, adquirir e aumentar suas habilidades. Com este objetivo, as sessões apresentam uma estrutura de tópicos a serem trabalhados de forma lúdica e que incentive a participação de todas as crianças do grupo.

Na primeira sessão, há a apresentação do grupo, com o objetivo de estabelecer uma identidade por meio de um mascote e nome do grupo e suas regras de funcionamento. Na segunda sessão, com um diálogo interativo entre as terapeutas e as crianças, são estabelecidas as regras e uma psicoeducação sobre habilidades sociais e pessoais com o objetivo de que as crianças identifiquem seus comportamentos. Na terceira sessão é introduzido o tema “Direitos Humanos” e sua importância para as relações interpessoais promovendo o respeito e empatia para si próprio e para o outro.

A quarta sessão tem como objetivo a psicoeducação sobre assertividade e o que este conceito significa, bem como a discussão de outras formas de agir e reagir, como a passividade e a agressividade. Com o objetivo de fixar os temas discutidos na sessão anterior, na quinta sessão é realizado o treinamento de assertividade, no qual as crianças buscam substituir reações passivas e agressivas por reações assertivas.

Para a sexta sessão, é iniciado o trabalho com as emoções, possibilitando às crianças serem capazes de reconhecer, expressar, interpretar corretamente o que está sendo sentido ou expressado por elas mesmas ou por outras pessoas. Este tópico é trabalhado por meio de uma atividade lúdica sobre a percepção das emoções no corpo. Já a sétima sessão, que tem como tema a expressividade emocional, amplia o conhecimento já adquirido pelas crianças sobre os diversos tipos de emoção com o objetivo de discriminá-los. Também é importante que nesta sessão sejam trabalhadas as muitas maneiras de se comportar frente às emoções dos outros. Ainda com relação ao manejo das emoções, a oitava sessão tem o objetivo de ensinar e treinar o manejo de emoções auxiliando as crianças a lidarem com elas com menos sofrimento. Também é importante que nesta sessão as crianças estejam conscientes dos seus comportamentos para si e para os outros encontrando, assim, formas mais adaptativas de agir e lidar com as emoções.

É na nona sessão em que acontece a psicoeducação sobre o modelo cognitivo com o objetivo de que as crianças percebam seus próprios pensamentos em relação aos comportamentos e assim há a possibilidade de trabalhar com as distorções cognitivas e pensamento alternativo. Retomando o tema da sessão anterior, a décima sessão tem por objetivo identificar as distorções em situações sociais, identificar pensamentos disfuncionais e propor pensamentos alternativos. Na décima primeira sessão, é ensinado às crianças sobre encontrar alternativas mais funcionais e adaptativas para a resolução de um problema e, por fim, é realizada a avaliação e encerramento do grupo.

Uma característica importante sobre o programa desenvolvido por Neufeld et al. (2011) é o tempo destinado às sessões específicas para o trabalho com o modelo cognitivo e as habilidades pessoais, visando gerar habilidades para a vida. Como apontado por Wainer e Piccoloto (2011), o modelo cognitivo tem como função a busca por modificar formas disfuncionais e irracionais do indivíduo, sendo ele, adulto ou criança. Quando se trabalha no sentido de modificar crenças disfuncionais que ainda estão se formando, tem-se possibilidade de trabalhar com um objetivo imediato de testar a hipótese e evitar que um padrão disfuncional comece a ser instalado na criança.

Por fim, entende-se que o programa poderia ajudar as crianças a aumentar suas estratégias de “coping” que podem ser utilizadas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes. Supõe-se que este processo aconteça com o objetivo de auxiliar as crianças a terem pensamentos alternativos e realistas das situações vividas e criarem novas estratégias para resolução de problemas. Ainda levando em consideração as limitações do estudo e a abrangência do tema, poder-se-ia hipotetizar que o programa auxilie as crianças a adaptar-se ou superar as adversidades da vida por meio de estimular à resiliência, sendo ela um fator inato ou adquirido (Dell’Aglia, 2000).

Este trabalho levou em consideração a crescente prevalência em transtornos psicológicos na infância e suas implicações para o desenvolvimento saudável. Neste sentido, o objetivo do presente estudo é avaliar um programa de promoção de saúde mental em crianças.

2 OBJETIVOS

Diante da problemática apresentada objetiva-se neste trabalho verificar os resultados imediatos obtidos a partir de um programa de promoção de saúde mental em grupos embasado em Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças.

2.1 Objetivos específicos

A fim de acurar a verificação dos resultados imediatos de um programa de promoção em saúde mental para crianças, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Avaliar os escores para a variável de ansiedade no pré e pós-teste para os dois grupos de intervenção;
- b) Avaliar os escores para a variável de estresse e seus fatores de reação física, reação psicológica, reação psicológica com componente depressivo e reação psicofisiológica no pré e pós-teste para os dois grupos de intervenção;
- c) Avaliar os escores para a variável de depressão no pré e pós-teste para os dois grupos de intervenção;
- d) Avaliar os escores para a variável de habilidades sociais e seus fatores de frequência média, dificuldade média, adequação média, frequência não-habilidosa passiva, ativação não-habilidosa passiva, frequência não-habilidosa ativa e ativação não-habilidosa ativa no pré e pós-teste para os dois grupos de intervenção.

3 MÉTODO

Esta seção destina-se à descrição do contexto da pesquisa realizada, no qual serão apresentados o delineamento, aspectos éticos, contexto de pesquisa, participantes, contexto escolar, instrumentos e procedimentos.

3.1 Delineamento

O presente estudo envolve um delineamento quase-experimental com aplicação dos instrumentos de avaliação no pré e pós-teste da intervenção (Cozby, 2003). Os dois grupos de intervenção aconteceram em momentos distintos. O primeiro grupo (I1) que recebeu a intervenção participou da pesquisa no 2º semestre de 2011. Já o segundo grupo (I2), participou da pesquisa no 1º semestre de 2012. Ambos os grupos foram avaliados com os instrumentos descritos na seção 3.6., cuja aplicação foi realizada antes e depois da intervenção de 11 sessões (ANEXO A). Os participantes foram designados por conveniência para cada um dos grupos.

3.2 Aspectos Éticos

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), conforme estipulado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Encontra-se aprovado sob o número (532/2010) (ANEXO B).

Os participantes, seus responsáveis e a escola foram informados sobre o objetivo e os procedimentos desse estudo e possíveis dúvidas foram sanadas pela pesquisadora e pelas estagiárias. Também foi ofertado contato via telefone e e-mail, caso os pais ou responsáveis desejassem. Foi informado à professora, às crianças participantes e aos pais ou responsáveis que seria realizada uma bateria de testes e que os resultados dos testes aplicados seriam arquivados no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) sob responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos. Quanto ao material digitalizado (banco de dados) e as possíveis publicações que viessem a ser feitas deste estudo, foi informado que será resguardado o sigilo dos participantes, de forma que os dados coletados serão de uso exclusivo dos pesquisadores e nomes fictícios serão atribuídos aos participantes, caso necessário.

Quanto à ética envolvida no processo de convite para a participação da pesquisa foi, informado que a participação seria voluntária. Também foi informado que não haveria prejuízo aos participantes, aos seus responsáveis ou à escola mesmo em caso de não aceite do convite. Foi informado ainda que os procedimentos só seriam iniciados após a devolutiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados.

Foi, também, informado ao Comitê de Ética que, caso fosse detectada alguma demanda de atendimento psicológico, tal necessidade não seria ignorada. Dessa forma, foi explicado que seria oferecido atendimento prioritário aos participantes, caso necessitassem do serviço de psicoterapia através do estágio em TCC. Contudo, vale destacar que essa possibilidade de atendimento individual não foi divulgada às crianças participantes, seus responsáveis ou à escola em nenhum momento durante a realização desta pesquisa. O objetivo de não informar sobre o atendimento individual foi de que este não se caracterizar como uma vantagem por participar do estudo. Desta forma, foi firmado um compromisso com o Comitê de Ética de não passividade frente a uma demanda percebida.

Ao final da coleta de dados, foi encontrada uma amostra da população com demanda clínica. Desta forma, em contato individualmente com os pais ou responsáveis das crianças, informou-se sobre a gravidade clínica encontrada. Aos pais que tiveram interesse foi ofertado atendimento psicológico na clínica-escola.

3.3 Contexto de Pesquisa

O presente estudo desenvolveu-se a partir de um programa ofertado no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP) desde o ano de 2009. O programa foi desenvolvido pela Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld e pelas então estagiárias, Carla Cristina Cavenage, Carolina Prates Ferreira Rossetto e Marcella Cassiano ao longo do ano de 2009 e 2010. Com a consolidação deste trabalho e a parceria com a escola, o programa vem sendo reaplicado desde então. Com o objetivo de avaliar este programa de forma independente, o presente estudo buscou conhecer de forma mais profunda o programa já existente a fim de realizar possíveis adaptações e melhorias no trabalho realizado.

O programa conta com 11 sessões, incluindo um encontro anterior e um encontro posterior com as crianças para a aplicação dos seguintes instrumentos: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC); Escala de Estresse Infantil (ESI); Children's Depression Inventory (CDI); e o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças (SMHSC). A descrição destes instrumentos será aprofundada na seção

“Instrumentos”. Os assuntos abordados no programa, na ordem a seguir, são: psicoeducação sobre habilidades sociais; direitos humanos e civilidade; treino de empatia; psicoeducação e treino de assertividade, psicoeducação sobre emoções, expressividade emocional e autocontrole; manejo de emoção; psicoeducação sobre pensamentos e modelo cognitivo; distorções cognitivas e pensamento alternativo; resolução de problemas (ANEXO A). Na 11ª sessão é realizada com os participantes uma avaliação qualitativa sobre o programa. Todos os tópicos descritos são trabalhados de forma lúdica, promovendo a participação e discussão com todos os participantes (Neufeld et al., 2011).

Desde o início, o programa é aplicado por estagiários que cursam o 4º e 5º ano do curso de Psicologia, integrantes do LaPICC-USP, devidamente treinados antes de fazerem a intervenção. O programa ocorre em 11 sessões de aproximadamente 50 minutos e conta com a presença de um terapeuta, um co-terapeuta e um observador. Esta estrutura de terapeutas visa investir no treinamento dos mesmos, sendo o terapeuta aquele estagiário com maior experiência e o observador aquele que está tendo o primeiro contato com o contexto grupal. Os estagiários envolvidos recebem supervisão semanal para planejamento da sessão, discussão das dúvidas, discussão quanto ao manejo dos participantes, indicação de leitura e discussão de texto.

Com o atual contexto, faz-se necessário ressaltar que a presente pesquisadora acompanha a testagem do projeto desde o ano de 2011. Assim, toda a organização, autorização das professoras, local onde será realizada a testagem, organização do material necessário, arquivamento da avaliação aplicada, é de responsabilidade da presente pesquisadora com o auxílio das estagiárias envolvidas no programa. Faz-se necessário ainda informar que a pesquisadora não acompanhou as sessões com as crianças, bem como também não acompanhou as supervisões sobre as mesmas, participando, assim, exclusivamente do processo de testagem dos participantes como avaliadora independente do programa (Cozby, 2003).

3.4 Participantes

Os participantes deste estudo foram 22 crianças oriundas do 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública municipal da cidade de Ribeirão Preto – SP localizada no bairro Vila Mariana que se limita ao Parque Industrial Tanquinho, Vila Carvalho, Vila Elisa e Complexo Aeroporto. O bairro é constituído por uma comunidade antiga que vem de outras pequenas cidades, outros estados e zona rural à procura de trabalho na cidade. O nível

socioeconômico é de padrão baixo, pois 57% recebem de um a dois salários mínimos, 36% recebem de três a quatro salários mínimos e apenas 7% recebem acima de quatro salários mínimos. Dos bairros que a escola atende, 32,7% são da Vila Mariana, 4,6% Vila Elisa e 62,7% Vila Carvalho (Projeto Pedagógico, 2010-2014).

Com relação a esta pesquisa, participaram 11 crianças no ano de 2011 e 11 crianças no ano de 2012. Considerando os dois grupos de intervenção, participaram 12 meninos e 10 meninas. É importante ressaltar que os participantes de ambos grupos eram estudantes da mesma turma e já se conheciam antes do início do estudo. Os participantes tinham idade entre 8 a 10 anos com média de idade de 8 anos e 4 meses (*s*: 0,55).

3.5 Contexto escolar

A escola participante desta pesquisa foi inaugurada no ano de 1988 e é a primeira escola em tempo integral de Ribeirão Preto e região. No ano de 1992, a escola passou a atender o Ensino Médio regular no período noturno e o EJA (Educação para Jovens e Adultos). No entanto, a escola deixou de atender o Ensino Médio a partir do ano de 2011.

O bairro possui comércio autônomo e ativo com indústrias metalúrgicas de piscinas, moveis de ferro, equipamentos de panificação, oficinas para conserto e manutenção de caminhões, comércio próprio para alimentação e trato de animais e roças, lojas de roupas, lojas de móveis usados, papelarias, panificadoras, varejões, supermercados e madeireiras (Projeto Pedagógico, 2010-2014).

Segundo o Projeto Pedagógico (2010-2014), uma parcela significativa dos alunos da escola é de nível sócio-cultural baixo. Uma característica descrita no Plano Pedagógico (2010-2014) sobre as famílias de uma parcela dos alunos é de que estas têm contato com tráfico de drogas e prostituição, envolvimento com crimes e prisão ou são vítimas dos mesmos.

O objetivo inicial da escola era de que todas as turmas de ensino fundamental permanecessem em tempo integral e uma das propostas era oferecer cursos profissionalizantes, como: marcenaria, eletricidade, cabeleireira, manicure, tricô e crochê além do currículo comum às outras escolas. Atualmente a escola permanece em período integral apenas para as classes de 1º ao 3º ano do Ensino Fundamental. As atividades são complementares ao Ensino Fundamental da rede municipal, ampliando sua permanência na escola e reduzindo a probabilidade de exposição das crianças às situações de vulnerabilidade social.

Ações Educativas Complementares são sistemáticas e planejadas de caráter social e educativo, desenvolvido junto a crianças, fora do horário regular e que não reproduzam as ações da escola formal. As atividades propostas no Projeto Pedagógico (2010-2014) são: capoeira; dança de rua; interesse pela leitura e a criatividade das crianças através de textos educativos; projeto “Bachiana Jovem”; projeto “Passaporte para a Saúde”; projeto “Reviver a escola” (temas bíblicos); Jogos Florais; projeto “Agronegócio”; projeto “Da tela à sala de aula”; Interact; projeto “Tempo de Resistência; Feira do livro”.

Segundo o Projeto Pedagógico (2010-2014), as condições físicas e materiais da escola apresentam-se com 18 salas de aula, uma sala multifuncional para apoio a deficientes, uma sala para laboratório de informática, biblioteca, área administrativa com secretaria, sala de professores, diretoria, coordenação pedagógica e consultório dentário. Há também uma panificadora construída, cujos equipamentos foram doados pela comunidade e Senai, e oferece cursos de capacitação para a comunidade local. A escola conta também com áreas de esportes com quadras cobertas e campo de futebol ao ar livre, anfiteatro para cem pessoas com TV, DVD e um Projetor Multimídia. Há também um refeitório com ampla cozinha, onde as crianças do período integral almoçam. Os espaços livres da escola recebem projetos paisagísticos e estufa para horta, assim como o espaço reservado para a Fazendinha da Escola.

A escola possui uma dentista que desenvolve seu trabalho em prevenção de cáries e atende emergências, seguindo a determinação da Secretária Municipal de Saúde. Os casos de oftalmologia e fonoaudiologia são encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde através do apoio psico-pedagógico. A escola também conta com uma psicóloga, integrante da Secretaria Municipal da Educação, que dá atendimento uma vez por semana. Há uma expressiva participação de representantes da comunidade educacional interna e externa, tanto pela Associação de Pais e Mestres como Grêmio Estudantil e Conselho da Escola (Projeto Pedagógico, 2010-2014).

3.6 Instrumentos

Para avaliar os resultados imediatos do programa de promoção de saúde mental em crianças, em termos das variáveis de ansiedade, estresse, depressão e habilidades sociais foram elencados testes psicológicos utilizados em pesquisa para a população infantil. Todos os instrumentos utilizados foram de auto-relato, aplicados individualmente ou em grupo. No presente estudo, optou-se por realizar a aplicação dos testes individualmente com o

acompanhamento da presente pesquisadora ou de um estagiário. Os instrumentos utilizados no presente trabalho foram:

- Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças - MASC: Esta escala foi desenvolvida originalmente por March (March, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997) e traduzida, adaptada e validada por Nunes (2004) à população brasileira infantil. A escala possui 39 itens nos quais a criança responde as sentenças afirmativas selecionando alternativas de 0 a 3. A escala tem por objetivo avaliar os sintomas ansiosos da criança em diferentes dimensões como: sintomas físicos, de ansiedade social, do comportamento de evitar o dano e de separação/pânico. Com relação a este instrumento, é necessário ressaltar que a dissertação que validou a MASC no Brasil (Nunes, 2004) não foi publicada. Tentou-se entrar em contato com os autores a fim de ter acesso ao ponto de corte encontrado no estudo pois o mesmo não constava no trabalho, mas não houve resposta. Aprofundando a busca bibliográfica encontrou-se um ponto de corte de 56 (Vianna, 2008) e outro ponto de corte 72 (Caíres & Shinohara, 2010) para a MASC.
- Escala de Stress Infantil (Lipp & Lucarelli, 2005): A Escala possui 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos, agrupados nos seguintes fatores: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas. Pode ser aplicada de 6 a 14 anos de idade. Os fatores fornecidos pelo instrumento e utilizados no estudo são
 - ESI: Escala de Stress Infantil;
 - RF: Reações físicas;
 - RP: Reações psicológicas;
 - RPD: Reações psicológicas com componente depressivo;
 - RPF: Reações psicofisiológicas;
- Children's Depression Inventory – CDI: O inventário foi desenvolvido e adaptado por Kovacs (1983), com validação para a população brasileira por Hutz & Giacconi (2000) citado por Giacconi (2002). Este inventário pode ser aplicado individualmente ou em grupo com crianças e adolescentes entre 7 a 17 anos. O inventário tem por finalidade a detecção de sintomas depressivos e sua possível severidade. Ele é composto por 27 itens, nos quais há três respostas pontuadas de 0 a 2, em que a criança assinala a opção que mais se aproximou ao seu estado nos últimos tempos.

- Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças (Z. A. P. Del-Prette & Del Prette 2005): O Sistema Multimídia consiste em um conjunto de materiais para a avaliação de habilidades sociais. Também pode ser utilizado como recurso instrucional em programas educativos ou terapêuticos de promoção de competência social de crianças de 7 a 12 anos de idade. Os materiais de avaliação englobam a auto-avaliação de habilidades sociais, a avaliação da criança pelo professor e a avaliação do professor sobre os itens de habilidades. Existem versões informatizadas e impressas, compostas 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 reação não habilidosa, uma reação não-habilidosa passiva e uma reação não-habilidosa ativa (Del Prette & Del Prette, 2005). Por se tratar de um sistema multimídia de aplicação e correção, foi utilizado um notebook para esta fase de testagem e pós testagem do estudo. Os indicadores fornecidos pelo instrumento e utilizados no estudo são:

- FM: Frequência Média;
- DM: Dificuldade média;
- AM: Adequação média;
- NHPf: Frequência não-habilidosa passiva;
- NHPa: Adequação não-habilidosa passiva;
- NHAf: Frequência não-habilidosa ativa;
- NHAa: Adequação não-habilidosa ativa.

3.7 Procedimentos

A coleta de dados teve início no segundo semestre de 2011, e o processo de convite à escola, à professora e às crianças já havia sido realizado no início do presente ano. Também já havia sido realizada a entrega de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e a escolha, por conveniência, das crianças que participariam da intervenção no primeiro e no segundo semestre. Todos estes procedimentos foram realizados no início do primeiro semestre pelas estagiárias em Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos do LaPICC-USP. Este convite realizado pelas estagiárias envolvia apenas a participação no grupo e a testagem com o SMHSC-Del-Prette (Del-Prette & Del Prette 2005) antes e depois da intervenção. Vale ressaltar que neste primeiro semestre o grupo aconteceu normalmente respeitando a descrição acima e não fez parte da composição da amostra deste estudo.

Com o início do presente estudo, no segundo semestre de 2011, a pesquisadora foi à escola para realizar o convite à direção da escola, à professora que já estava participando do grupo e às crianças que passariam pela intervenção naquele semestre. Foram explicados os objetivos do trabalho e que seriam necessárias algumas mudanças em relação ao acordado no início do ano. Com o aceite de todos os envolvidos, a pesquisadora entregou um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) que previa a testagem dos seguintes instrumentos: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC traduzida, adaptada e validada por Nunes (2004); Escala de Stress Infantil (Lipp & Lucarelli, 1998); Children’s Depression Inventory – CDI com validação para a população brasileira por Hutz e Giacomoni (2000). A pesquisadora informou às crianças que buscaria o TCLE assinado no dia seguinte.

No dia seguinte, a pesquisadora e os estagiários foram à escola e prepararam uma sala que a escola disponibilizou. Com as carteiras organizadas de modo que as crianças não ficassem muito próximas umas das outras, a pesquisadora e um estagiário foram até a sala de aula recolher os termos assinados e chamaram 3 crianças. A ordem para a chamada dos alunos no pré-teste, seguiu a ordem de entrega do TCLE à pesquisadora. Toda a testagem ocorreu de forma individual, com a presença da pesquisadora ou de um estagiário acompanhando a criança em todos os instrumentos utilizados. Como as crianças já haviam respondido do SMHSC-Del-Prette ao final do semestre anterior, foram aplicados apenas os seguintes testes: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC traduzida, adaptada e validada por Nunes (2004); Escala de Stress Infantil (Lipp & Lucarelli, 1998); Children’s Depression Inventory – CDI com validação para a população brasileira por Hutz e Giacomoni (2000). Os testes foram aplicados para todas as crianças participantes do estudo neste semestre na ordem descrita acima, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. O pós-teste ocorreu após a intervenção (ANEXO A) e foi seguido o mesmo procedimento descrito acima, com a inclusão do SMHSC-Del-Prette.

No início ano de 2012 foi realizada uma reunião na escola na qual estavam presentes o diretor da escola, a coordenadora do Ensino Fundamental, a presente pesquisadora e os supervisores e estagiários do LaPICC-USP. O objetivo desta reunião foi apresentar os estagiários e os projetos que seriam desenvolvidos para o ano.

Após o aceite da escola, o procedimento padrão foi convidar as professoras dos 3ºs anos separadamente e, assim que houvesse o aceite da primeira professora, o convite era encerrado. Neste sentido, foi convidada a primeira professora, a qual não teve interesse em participar. Então, foi convidada a segunda professora que aceitou que seus alunos

participassem do grupo e do presente estudo. Para esta professora foi explicado que se tratava de um programa de promoção de saúde mental na infância e que este tinha por objetivo geral auxiliar as crianças a fazer amizades, resolver problemas de relacionamento, reconhecer e manejar sentimentos e pensamentos e ter autocontrole. Também foi explicado sobre a testagem, para a qual as crianças seriam retiradas da sala de aula duas vezes em dias diferentes e em grupos de aproximadamente 5 crianças e que o mesmo processo aconteceria ao final do semestre. Também foi combinado o dia e horário da semana em que o grupo aconteceria ao longo do ano. Foi explicado também que, das crianças que obtivessem permissão dos pais para participar do estudo, metade participaria do grupo no primeiro semestre e a outra metade no segundo semestre. Assim, as estagiárias e a pesquisadora entraram em sala de aula para fazer o convite às crianças.

Em sala de aula, foi realizado o convite às crianças para participar do grupo explicando, em uma linguagem acessível ao entendimento das crianças, o que era o grupo e seus objetivos. Foram explicadas também questões referentes ao dia da semana e horário do grupo e sobre a divisão das crianças em grupo no primeiro semestre e no segundo semestre por sorteio. Após as explicações, a pesquisadora perguntou quais crianças gostariam de participar e todas levantaram a mão. Assim, foi realizada a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para que as crianças levassem para casa e entregassem ao pai, mãe ou responsável. Também foi entregue uma Carta-Convite (ANEXO C) às crianças com explicações e os objetivos do grupo em linguagem acessível e, foi orientado que as crianças entregassem ambos os papéis aos seus responsáveis. Após a entrega, foi combinado que as estagiárias buscariam o TCLE assinado no dia seguinte. Desta forma, no dia seguinte a pesquisadora foi à escola para recolher os termos assinados. Com as crianças que esqueceram o termo em casa ou esqueceram-se de entregar para os pais, foi combinado que elas entregariam no dia da testagem.

No dia e horário marcado com a professora, a presente pesquisadora e os estagiários foram à escola e prepararam uma sala disponibilizada pela escola. A presente pesquisadora e os estagiários levaram seus próprios notebooks e um notebook do LaPICC-USP para a aplicação do SMHSC-Del-Prette (Del-Prette & Del Prette 2005). Com os computadores ligados e as carteiras organizadas de modo que as crianças não ficassem muito próximas umas das outras a pesquisadora e um estagiário foram até a sala de aula para chamar 5 crianças. A ordem para a chamada de alunos no pré-teste, seguiu a ordem de entrega do TCLE à pesquisadora. Toda a testagem ocorreu de forma individual, com a presença da pesquisadora ou de um estagiário acompanhando a criança em todos os instrumentos utilizados. Como a

bateria de testes era extensa, optou-se por dividi-la em dois dias, sendo assim, no primeiro dia as crianças responderam o SMHSC (Z. A. P. Del-Prette & Del Prette 2005) com uso de notebook. No segundo dia foram respondidos os testes em papel: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC (March, 1997) e traduzida, adaptada e validada por Nunes (2004); Escala de Stress Infantil (Lipp & Lucarelli, 1998); Children’s Depression Inventory – CDI Kovacs (1983), com validação para a população brasileira por Hutz e Giacconi (2000). Os testes foram aplicados para todas as crianças em dois dias diferentes na mesma ordem descrita acima, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. O pós-teste ocorreu após a intervenção (ANEXO B) e foi seguido o mesmo procedimento descrito acima. Entretanto não foi entregue um novo TCLE, pois o termo entregue já previa a realização do pós-teste.

Após cada etapa de testagem, em ambos os grupos do estudo, os testes foram corrigidos pela pesquisadora com auxílio do programa Excel. Os dados foram armazenados em um banco de dados em computador e os testes preenchidos em papel foram armazenados no LaPICC-USP.

4 RESULTADOS

Para verificar os resultados imediatos do programa de promoção de saúde mental em crianças com base em Terapia Cognitivo-Comportamental foram realizadas análises quantitativas descritivas e inferenciais dos dados. As análises lançaram mão de estatística não-paramétrica (Field, 2009).

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas frentes de análises. Primeiramente serão apresentados os dados sobre os resultados imediatos do programa de intervenção para os dois grupos participantes do estudo, independentemente da situação clínica dos participantes. Após estes dados, entende-se que se faz imprescindível a apresentação dos dados com relação à amostra clínica e a amostra não-clínica encontrada no pré-teste do estudo para cada grupo. Também serão apresentados os dados com relação aos resultados imediatos das categorias após o programa de intervenção.

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados e analisadas com o auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0 (Nie, Aull & Bent, 2003). O nível de significância adotado para este estudo é de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

4.1 Análise por grupos

Com o objetivo aumentar a força amostral do número de participantes do estudo, foram realizadas análises de equivalência. O resultado obtido foi que os grupos apresentaram diferenças significativas entre si já no pré-teste ($U < (31,5)$; $p < 0,05$). Esta análise foi realizada pelo teste estatístico Mann-Whitney e a diferença encontrada apresenta-se nas variáveis de ansiedade (MASC), reações psicológicas (RP), frequência média (FM) e adequação média (AM).

Desta forma, as análises subsequentes foram realizadas com cada grupo separadamente. Para uma análise mais aprofundada dos dados obtidos neste estudo, foram realizadas análises que compararam o pré e pós-teste os grupos I1 e I2. Para esta análise foi utilizado o teste estatístico Wilcoxon e os dados são apresentados nas tabelas abaixo.

Tabela 1 - Comparação entre pré e pós-teste para o grupo I1 e I2 para as variáveis de Ansiedade, Estresse e Depressão.

	I1				I2			
	Pré-teste		Pós-teste		Pré-teste		Pós-teste	
	n=11		n=10		n=11		n=11	
Variáveis Psicológicas	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q
MASC - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças	62,72	18,17	60,2	20,07	47,81	22,27	55,27	16,32
ESI - Escala de Stress Infantil	41,09	13,17	34,7	18,14	36*	23,04	46,72*	23,19
RF - Reação física	10,81*	3,15	7,8*	4,15	8,27	4,77	11	5,53
RP - Reação psicológica	16,09*	4,92	11,9*	8,21	10,18*	6,01	14,27*	6,98
RPD - Reação Psicológica com componente depressivo	6,72	5,88	5	4,21	7,45	7,36	10,27	6,88
RPF - Reação psicofisiológica	7,45	4,2	10	4,54	10,09	6,41	11,18	6,43
CDI - Inventário de Depressão Infantil	12,45*	5,61	7,8*	4,87	16,81*	7,94	8,18*	6,35

*p<0,05 Q= quartil

Como pode ser observado na Tabela 1, para o grupo I1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a variável de reação física ao estresse (RF), com diminuição do escore no pós-teste em comparação com o pré-teste ($Z = -1,99$; $p = 0,04$). Para a variável de reação psicológica (RP) ao estresse foi encontrado no pós-teste uma diminuição em relação ao pré-teste ($Z = -1,99$; $p = 0,04$). Para a variável depressão, utilizando o instrumento CDI, foram encontrados menos sintomas depressivos no pós-teste do que no pré-teste ($Z = -2,00$; $p < 0,04$). Nas demais variáveis estudadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pré e pós-teste $Z > 1,48$; $p > 0,05$.

Para o grupo I2, houve uma diminuição dos sintomas depressivos (CDI) em comparação com o pré-teste ($Z = -2,71$; $p = 0,00$). Com relação ao escore total para a variável estresse (ESI), os resultados apontam que houve um aumento no pós-teste quando comparado ao pré-teste ($Z = -2,00$; $p < 0,04$). O mesmo resultado se mantém para a variável de reações psicológicas (RP), a qual apresenta aumento dos sintomas no pós-teste quando comparado ao pré-teste ($Z = -2,00$; $p = 0,04$). Para as demais variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($Z < -2,71$; $p > 0,05$).

Com relação a variável de Habilidades Sociais, abaixo encontram-se apresentados os resultados do Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (SMHSC) adquiridos pelas crianças no pré e pós-teste e comparados via Wilcoxon.

Tabela 2 - Comparação entre pré e pós-teste para o grupo I1 e I2 para a variável de Habilidades Sociais.

	I1				I2			
	Pré-teste		Pós-teste		Pré-teste		Pós-teste	
	n=11		n=4		n=11		n=10	
SMHSC	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q
FM - Frequência média	1,49	0,27	1,23	0,59	1,14	0,43	1,13	0,39
DM - Dificuldade média	0,71	0,54	0,52	0,59	0,47	0,28	0,58	0,5
AM - Adequação média	1,59	0,36	1,69	0,11	1,35	0,27	1,4	0,35
NHPf - Frequência não-habilidosa passiva	0,66*	0,28	0,46*	0,36	0,62	0,31	0,66	0,3
NHPa - Adequação não-habilidosa passiva	0,94	0,22	1,03	0,24	0,81*	0,24	0,94*	0,26
NHAf - Frequência não-habilidosa ativa	0,23*	0,26	0,02*	0,05	0,14	0,1	0,15	0,09
NHAa - Adequação não-habilidosa ativa	0,2	0,25	0,15	0,32	0,15	0,13	0,16	0,17

*p<0,05

No grupo I1, para a variável de Frequência Não-Habilidosa Passiva (NHPf) foi encontrado no pós-teste uma diminuição do escore quando comparado ao pré-teste ($Z = -1,99$; $p = 0,04$). Para a variável Frequência Não-Habilidosa Ativa (NHAf) também foi encontrada uma diminuição do escore no pós-teste quando comparado ao pré-teste ($Z = -2,02$; $p = 0,04$). Com relação aos outros fatores avaliados pelo teste, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($Z > -1,78$; $p > 0,05$).

Já para o grupo I2, a variável Adequação Não-Habilidosa Passiva (NHPa), os dados sugerem que houve um aumento no escore para o pós-teste com relação ao pré-teste ($Z = -2,09$; $p = 0,03$). Não houve diferença estatisticamente significativa para os outros itens do estudo no (I2) com relação a variável de habilidades sociais ($Z < -2,09$; $p > 0,05$).

4.2 Análise da amostra clínica *versus* não-clínica

O presente trabalho tem por objetivo estudar a promoção de saúde mental em crianças. Como consequência da escolha metodológica de se realizar uma intervenção universal, obteve-se uma amostra bastante heterogênea. Inicialmente, não foi objetivo desse estudo debruçar-se sobre os resultados referentes à amostra clínica, mas, ainda sim, há indícios de amostra clínica nos resultados. Entende-se que se faz necessário ao estudo apresentar os dados descritivos com relação à amostra clínica e não-clínica do estudo no pré-teste.

As crianças que não apresentaram nenhum sintoma psicopatológico estudado, como estresse, ansiedade e depressão, somam 31,8% (n=7) da amostra. As crianças que apresentaram ansiedade com o ponto de corte 56 somam 22,7% (n=5) e as crianças com ansiedade com ponto de corte 72 somam 4,5% (n=1). As crianças com depressão somam 13,6% (n=3). Nenhum participante apresentou somente sinais de estresse. A variável de habilidades sociais não foi incluída nesta análise descritiva, pois entende-se que apesar de suas implicações para a vida das crianças, seu déficit não se configura em um transtorno em si, mas um fator de proteção ou de vulnerabilidade à saúde mental. Os dados de frequência são apresentados na tabela abaixo, bem como a apresentação dos dados referentes a mais de um sintoma encontrado em um mesmo participante. Para maiores dados com relação à caracterização da amostra ver Daolio e Neufeld (2013).

Tabela 3 - Análise Descritiva da amostra clínica e não-clínica no pré-teste.

	Frequência	Porcentagem
Amostra Não-Clinica	7	31,8
Ansiedade (56)	5	22,7
Ansiedade (72)	1	4,5
Depressão	3	13,6
Estresse e Ansiedade (56)	1	4,5
Estresse e Ansiedade (72)	1	4,5
Depressão e Ansiedade (72)	2	9,1
Estresse e Depressão	2	9,1
Total	22	100

Com o objetivo de verificar uma possível mudança imediata após a intervenção para cada nível de população clínica e não-clínica, as crianças participantes do estudo foram realocadas em três categorias distintas considerando os dados clínicos coletados no pré-teste. Entende-se como nível clínico quando a criança pontua acima do ponto de corte estipulado pela literatura no instrumento. As categorias são: categoria 0, na qual as crianças não apresentam nível clínico na MASC, ESI e CDI; categoria 1, apresenta nível clínico em uma das variáveis psicológicas, ou seja, somente uma pontuação acima do ponto de corte nos instrumentos MASC ou ESI ou CDI; categoria 2, apresenta nível clínico em mais de uma das variáveis em estudo, ou seja, duas ou mais pontuações acima do ponto de corte nos instrumentos MASC, ESI e CDI. Outra escolha metodológica a ser ressaltada é aquela de que as análises que se seguem levam em consideração a MASC com ponto de corte 56. Optou-se

por trabalhar com o ponto de corte mais baixo para que, na separação das categorias, eventualmente não fosse excluída nenhuma criança que apresentasse algum sintoma clínico de ansiedade, resguardando assim que o grupo não clínico realmente se compusesse de crianças com nenhum sintoma dentre os medidos neste estudo.

Partindo da análise anterior, foram realizadas duas análises tendo em vista o nível de sintoma apresentado para avaliar os resultados imediatos da intervenção nos diferentes níveis. A primeira análise, realizada com o teste Wilcoxon, teve por objetivo comparar os resultados imediatos da intervenção da criança com ela mesma no pré e pós-teste de cada variável do estudo. Os dados são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 4 – Comparação entre pré e pós-teste para cada variável do estudo considerando a categoria 0.

Variáveis psicológicas	Categoria 0			
	Pré (n=7)		Pós (n=6)	
	Mediana	Q	Mediana	Q
MASC – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças	37,28	8,15	46,5*	9,73
ESI – Escala de Stress Infantil	29,57	19,15	28,66	14,7
RF – Reação física	8,28	5,02	8,66	4,8
RP – Reação psicológica	10,14	4,63	8,66	4,27
RPD – Reação psicológica com componente depressivo	5,57	5,59	5	5,47
RPF – Reação psicofisiológica	5,57	5,96	6,33	4,17
CDI – Inventário de Depressão Infantil	11,86	4,59	6,83	4,44
FM – Frequência média	1,23	0,44	1,08	0,38
DM – Dificuldade média	0,61	0,48	0,69	0,65
AM – Adequação média	1,5	0,21	1,47	0,24
NHPf – Frequência não-habilidosa passiva	0,58	0,25	0,61	0,33
NHPa – Adequação não-habilidosa passiva	0,91	0,16	0,95	0,13
NHAf – Frequência não-habilidosa ativa	0,13	0,14	0,13	0,1
NHAa – Adequação não-habilidosa ativa	0,55	0,05	0,16	0,18

*p<0,05

Para a análise apresentada na tabela acima, foi encontrada uma mudança estatisticamente significativa para a variável de ansiedade. Percebe-se que houve um aumento no escore do pós-teste quando comparado ao pré-teste. Verifica-se que esta mudança é estatisticamente significativa ($Z=-2,20$; $p=0,02$). Neste caso, o aumento do escore indica uma piora estatisticamente significativa para a variável de ansiedade. Considerando a categoria 0, não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas ou marginalmente

significativa entre pré e pós-teste das variáveis estudadas. Abaixo serão apresentados os dados com relação à categoria 1.

Tabela 5 – Comparação entre pré e pós-teste para cada variável do estudo considerando a categoria 1.

Variáveis psicológicas	Categoria 1			
	Pré (n=9)		Pós (n=9)	
	Mediana	Q	Mediana	Q
MASC - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças	61,11	22,45	61,44	18,02
ESI - Escala de Stress Infantil	33,55	12,07	38,22	15,08
RF - Reação física	8,44	2,92	8,22	4,23
RP - Reação psicológica	11,44	5,74	12,44	5,93
RPD - Reação psicológica com componente depressivo	4,88	4,01	7,11	4,01
RPF - Reação psicofisiológica	8,77	4,29	10,44	4,71
CDI - Inventário de Depressão Infantil	15	8,68	9*	6,42
FM - Frequência média***	1,48	0,31	1,51	0,42
DM - Dificuldade média	0,58	0,49	0,25	0,2
AM - Adequação média	1,57	0,22	1,59	0,33
NHPf - Frequência não-habilidosa passiva	0,71	0,34	0,73	0,29
NHPa - Adequação não-habilidosa passiva	0,86	0,31	0,98**	0,32
NHAf - Frequência não-habilidosa ativa	0,19	0,24	0,1	0,06
NHAa - Adequação não-habilidosa ativa	0,23	0,22	0,1**	0,1

*p<0,05 **p<0,06 ***missing

Primeiramente, faz-se importante destacar que o pós-teste da categoria 1 iniciou com n=9, mas quatro crianças não responderam o instrumento de habilidades sociais, assim o número de participantes para esta variável é de 5 crianças. Verifica-se na tabela acima que foi encontrada uma mudança estatisticamente significativa para a variável de depressão. Sendo assim, verifica-se uma diminuição no escore do pós-teste quando comparado ao pré-teste. Esta mudança é estatisticamente significativa ao que $Z = -1,96$; $p = 0,05$, esta mudança indica uma melhora estatisticamente significativa com relação à variável de depressão. Ainda considerando a categoria 1, foram encontradas mudanças marginalmente significativas nos seguintes fatores da variável de Habilidades Sociais: adequação não-habilidosa passiva e adequação não-habilidosa ativa. Para o fator de adequação não-habilidosa passiva houve um aumento no escore do pós-teste quando comparado ao pré-teste, sendo assim ($Z = -1,84$; $p = 0,06$), indicando uma melhora marginalmente significativa no fator. Já o fator adequação não-habilidosa ativa apresentou uma diminuição no pós-teste quando comparado ao pré-teste,

desta forma tem-se que ($Z = -1,84$; $p = 0,06$), neste caso, a diminuição marginalmente significativa indica uma piora no fator estudado. Ainda com relação à categoria 1 não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre pré e pós-teste. Abaixo serão apresentados os dados com relação a categoria 2.

Tabela 6 – Comparação entre pré e pós-teste para cada variável do estudo considerando a categoria 2.

Variáveis psicológicas	Categoria 2			
	Pré (n=6)		Pós (n=6)	
	Mediana	Q	Mediana	Q
MASC - Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças	67,5	17,8	63	21,43
ESI - Escala de Stress Infantil	56,5	14,81	57,5	26,78
RF - Reação física	12,66	3,55	12,16	6,24
RP - Reação psicológica	19,16	4,4	18,66	9,41
RPD - Reação psicológica com componente depressivo	12,16	8,49	11,5	8,57
RPF - Reação psicofisiológica	12,5	4,67	15,16	4,62
CDI - Inventário de Depressão Infantil	17,33	6,65	7,66*	5,85
FM - Frequência média	1,17	0,41	0,97	0,46
DM - Dificuldade média	0,58	0,37	0,69	0,5
AM - Adequação média	1,28	0,52	1,47	0,4
NHPf - Frequência não-habilidosa passiva	0,6	0,28	0,46	0,35
NHPa - Adequação não-habilidosa passiva	0,85	0,2	1	0,32
NHAf - Frequência não-habilidosa ativa	0,24	0,20	0,08**	0,14
NHAa - Adequação não-habilidosa ativa	0,24	0,22	0,27	0,38

* $p < 0,05$ ** $p < 0,08$

Com relação à categoria 2, verifica-se uma mudança estatisticamente significativa para a variável de depressão e uma mudança marginalmente significativa para o fator de frequência não-habilidosa ativa. Com relação à variável de depressão, houve uma diminuição do escore no pós-teste quando comparado ao pré-teste. Assim, verifica-se que ($Z = -2,2$; $p = 0,02$) representa uma melhora estatisticamente significativa dos participantes com categoria 2 para a variável de depressão. Já o fator de frequência não-habilidosa ativa apresentou uma diminuição no escore no pós-teste quando comparado com o pré-teste. Desta forma, tem-se que ($Z = -1,7$; $p = 0,08$) neste sentido, verifica-se que houve uma diminuição na frequência dos comportamentos não-habilidosos ativos. Com relação às demais variáveis não foram encontradas mudanças estatisticamente ou marginalmente significativas.

Para complementar as análises apresentadas foi realizada uma análise descritiva para verificar quais crianças possivelmente mudaram de categoria no pós-teste quando comparado com o próprio pré-teste. Vale ressaltar que uma criança não respondeu a todos os instrumentos do pós-teste, impossibilitando sua comparação. A tabela abaixo apresenta os dados da mudança de categoria do participante no pré e pós-teste do estudo.

Tabela 7 – Categoria no pré e pós-teste de cada participante.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Pré-teste	1	2	2	0	1	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	2	0	2
Pós-teste	2	1	0	0	0	2	-	2	0	2	2	1	1	2	2	0	2	0	2	1	0	1
	*	#	#	/	#	/	-	/	#	*	*	*	/	*	*	/	*	/	*	#	/	#

Sigla: / Igual # Melhora * Piora

As crianças que permaneceram na mesma categoria somam 7 crianças. As crianças que apresentaram uma diminuição da categoria após a intervenção somam 6 crianças, sendo que 5 crianças diminuíram um nível da categoria e 1 criança diminuiu dois níveis. Já as crianças que aumentaram de categoria após a intervenção somam 8 crianças, sendo que 7 crianças aumentaram um nível da categoria e uma criança aumentou dois níveis da categoria. Com relação ao primeiro grupo que recebeu a intervenção (participante 1 ao 11) 3 crianças permaneceram na mesma categoria, 4 crianças diminuíram a categoria apresentada no pré-teste e 3 crianças aumentaram a categoria apresentada. Já para o segundo grupo (participante 12 ao 22), 4 crianças permaneceram na mesma categoria, 2 crianças diminuíram a categoria e 5 crianças aumentaram a categoria apresentada no pré-teste.

Em suma, o presente estudo obteve os seguintes resultados para:

1) Análise geral para o grupo I1 e I2:

A- Em ambos os grupos:

(1) Melhora estatisticamente significativa para os sintomas depressivos (CDI).

B- Para o grupo I1:

(1) Melhora estatisticamente significativa nos fatores de reações físicas (RF) e psicológicas (RP) ao estresse

(2) Melhora nos indicadores de frequências não-habilidosas ativas e passivas (NHAf e NHPf) para a variável de Habilidades Sociais.

C- Para o grupo I2:

- (1) Piora no escore total para a variável estresse (ESI) e para o fator reação psicológica (RP) ao estresse.
- (2) Melhora no indicador de Adequação Não-Habilidosa Passiva (NHPa) para a variável de Habilidades Sociais.

2) Análise da amostra clínica *versus* não-clínica:

A- Categoria 0:

- (1) Piora estatisticamente significativa para os sintomas ansiosos (MASC).

B- Categoria 1:

- (1) Melhora estatisticamente significativa para os sintomas depressivos (CDI);
- (2) Melhora marginalmente significativa para o indicador de adequação não-habilidosa passiva (NHPa) para a variável de Habilidades Sociais;
- (3) Piora marginalmente significativa para o indicador e adequação não-habilidosa ativa (NHAA) para a variável de Habilidades Sociais.

C- Categoria 2:

- (1) Melhora estatisticamente significativa para os sintomas depressivos (CDI);
- (2) Melhora marginalmente significativa para o indicador de frequência não habilidosa ativa (NHAF) para a variável de Habilidades Sociais.

D- Comparando as categorias no pós-teste:

- (1) Permaneceram na mesma categoria 7 crianças no pós-teste;
- (2) Melhoraram de categoria 6 crianças no pós-teste;
- (3) Pioraram de categoria 8 crianças no pós-teste.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo verificar as mudanças imediatas em um programa de promoção de saúde mental em crianças com os pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental. Para tanto, o estudo buscou comparar os escores para as variáveis de ansiedade, estresse, depressão e habilidades sociais nos grupos antes e depois da intervenção de 11 sessões.

Como já citado anteriormente, as ações em prevenção e promoção de saúde mental, principalmente na infância, têm ganhado força com o aprimoramento dos estudos em adoecimento mental (Weisz et al. 2005). Para a população brasileira, os estudos sobre prevalência de adoecimento mental infantil giram em torno de 12,6 a 35,2% (Paula et al., 2007). Desta forma, justifica-se a importância de estudos que promovam saúde mental e auxiliem as crianças a lidar, de forma saudável e adaptativa, com as adversidades inerentes ao desenvolvimento humano.

Os resultados obtidos com este estudo sugerem que houve melhora na variável de depressão para ambos os grupos. Este resultado indica que a intervenção pode ter auxiliado a diminuição dos índices de depressão na população estudada. O diagnóstico de depressão infantil vem sendo considerado pela literatura novo e controverso (Azevedo et al. 2007). Apesar de o programa de intervenção ser do tipo universal e não estar focado nesta sintomatologia, os resultados apontam que houve redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos para ambos os grupos participantes.

Para o grupo II os resultados indicam que a intervenção pode ser um dos fatores que auxiliou a diminuição do escore das crianças em dois fatores avaliados para a variável estresse, os itens são: reação física e reação psicológica aos estresse. Lipp (2000) aponta que é necessário que as crianças aprendam a lidar com o estresse e suas situações desencadeantes. Com este aprendizado, as crianças tornam-se mais eficazes para identificar e manejar situações em que há sinais físicos e psicológicos desencadeados por situações de estresse.

Ainda com relação ao grupo II, os resultados apontam para uma diminuição nos escores dos indicadores de Frequência não-habilidosa passiva (NHPf) e Frequência não-habilidosa ativa (NHaf) para a variável de Habilidades Sociais. Como apresentado anteriormente (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009), respostas não-habilidosas ativas e passivas são características de desempenhos socialmente empobrecidos. Com a diminuição da frequência, ou seja, da ocorrência destes comportamentos e do entendimento cognitivo das reações passivas e agressivas, como uma mudança imediata do programa de intervenção

hipotetiza-se que os participantes aprenderam a desenvolver respostas comportamentais mais habilidosas. Desta forma, supõe-se que as crianças participantes deste grupo estejam mais preparadas para enfrentar demandas de interação com o meio em que estão inseridas.

Para o grupo I2, os resultados obtidos apontam que houve uma piora no escore total de estresse e no item de reações psicológicas ao estresse. Como apresentado por Lipp (2000), o estresse é uma reação do organismo a um evento estressor que pode ser negativo ou positivo. Uma hipótese a ser levada em consideração para a piora das crianças é de que esta pode estar relacionada com o tempo limitado do programa de intervenções. O programa conta com 11 sessões, que podem ser suficiente para ajudar as crianças a identificar e manejar suas emoções. Infelizmente, este tempo pode não ser suficiente para a instalação de um novo repertório comportamental. Desta forma, os participantes deste grupo podem ter reagido de forma a aumentar seus níveis de estresse frente ao término do grupo.

Outra hipótese para a piora das crianças com relação ao estresse total e a resposta psicológica ao estresse pode estar relacionada ao efeito do semestre escolar. Como já apresentado, há uma vasta literatura apontando diversos estressores na escola e sua relação com o nível de estresse e adoecimento dos alunos. Neste sentido, Borges e Marturano (2009) levantam a hipótese de que o próprio semestre escolar e suas atribuições específicas, como acúmulo de atividades, provas e trabalhos sejam responsáveis por um aumento da percepção de estresse em escolares. As autoras apontam que o acúmulo de situações vivenciadas ocorre entre os meses de abril a novembro.

No estudo de Borges e Marturano (2009), como já apresentado, esperava-se que a intervenção ajudasse as crianças a regularem suas emoções negativas e que se sentissem menos irritadas. Os resultados referentes a estas percepções não apontaram uma redução. As autoras apontam que estes resultados podem ser devidos à natureza cumulativa do instrumento utilizado, levando em consideração o acúmulo de situações vivenciadas pelas crianças entre abril e novembro. Este dado é importante no sentido levantar uma hipótese acerca da piora das crianças na variável de estresse. Visto que o pós-teste no presente estudo foi realizado no final do mês de maio e início de junho e o já conhecido acúmulo de atividades ao final do semestre escolar pode ser uma das explicações à piora das crianças na variável estudada.

Um dado importante na pesquisa citada (Borges & Marturano, 2009) é que, apesar de não ter havido redução na percepção de estresse nas crianças participantes do GI, quando comparadas às crianças do GC, as primeiras obtiveram resultados mais positivos. Neste sentido, seria interessante para um estudo futuro a comparação dos dados entre um grupo

intervenção e um grupo comparação que não receba a intervenção. No presente estudo, optou-se por não se trabalhar com um grupo comparação, pois o número de participantes seria muito pequeno. Entende-se que seria muito positivo para o estudo verificar quais seriam os resultados de crianças com o mesmo ambiente escolar e mesma idade, mas que não tivessem participado da intervenção.

Para a variável de Habilidades Sociais, os participantes do grupo (I2) aumentaram o escore no indicador Adequação não-habilidosa passiva (NHPa). Com este resultado, entende-se que as crianças aprenderam a identificar cognitivamente as reações não-habilidosa passiva no contexto, embora não tenham diminuído a frequência em que este comportamento ocorre. Mesmo com o tempo insuficiente (onze sessões) para auxiliar as crianças a uma mudança comportamental, novamente se torna presente a hipótese de que o programa estudado pareça auxiliar as crianças em identificar o comportamento.

A partir da categorização da amostra clínica e não-clínica, diversos resultados foram obtidos. Com relação a categoria 0 na qual as crianças apresentaram uma piora dos sintomas ansiosos, levanta-se novamente a hipótese de que os participantes aprenderam a identificar os sentimentos, emoções e comportamentos após a intervenção. Faz-se necessário levar em consideração que o programa de intervenção utiliza 3 sessões, de um total de 11, para trabalhar questões referentes à psicoeducação sobre emoções, expressividade emocional e autocontrole e manejo das emoções. Assim, espera-se que as crianças aprendam a identificar as emoções funcionais e disfuncionais. Um encaminhamento seria o aumento do número de sessões sobre distorções cognitivas e pensamento alternativo e verificar se dessa forma este conhecimento ficaria mais solidificado mesmo após o término do grupo. Para a análise de resultados das crianças com categoria 0, seriam necessários instrumentos que verificassem aspectos positivos de suas vidas. Estes aspectos seriam a qualidade de vida, felicidade, autoconceito, etc.

Para a categoria 1 e 2, os resultados apontam que houve melhora nos sintomas depressivos. A melhora encontrada com relação a essa variável vai de encontro de outro achado do estudo que foi a melhora deste mesmo sintoma no grupo 1 e grupo 2. Desta forma, a hipótese, já levantada, de que o programa tem resultados imediatos positivos para as crianças com algum nível de sintomas depressivos ganha mais força. A hipótese que responde a esta melhora das crianças para a variável de depressão é a de que a estrutura das sessões do programa prioriza a identificação e manejo de emoções e a identificação e pensamentos distorcidos ou disfuncionais e estimula o pensamento alternativo contribui para este resultado.

Com relação às habilidades sociais, foram encontrados diferentes resultados para as categorias 1 e 2. Considerando a categoria 1, houve uma melhora marginalmente significativa para o fator de adequação não-habilidosa passiva. Este achado aponta que as crianças com categoria 1 aprenderam a identificar cognitivamente uma reação passiva, entretanto, não foi encontrada diferença com relação a frequência em que as crianças emitem este comportamento. Já para o fator de adequação não-habilidosa ativa houve uma piora marginalmente significativa. Este resultado aponta que as crianças da categoria 1 pioraram com relação a identificar uma reação ativa ou agressiva.

Considerando a categoria 2, além da melhora estatisticamente significativa com relação a variável de depressão, também houve uma melhora marginal para o fator de frequência não-habilidosa ativa. Este dado aponta que as crianças com categoria 2 participantes do estudo diminuíram a frequência de comportamentos ativos ou agressivos.

Considerando os temas trabalhados no programa de intervenção, percebe-se que um número expressivo de sessões é destinado ao trabalho com as habilidades sociais. De um total de 11 sessões, o programa utiliza 4 sessões para trabalhar temas como psicoeducação sobre as habilidades sociais, direitos humanos e civilidade, treino de empatia, psicoeducação sobre assertividade, treino de assertividade. A escolha dos temas a serem trabalhados no programa repercutem nos resultados encontrados, principalmente com relação à variável de habilidades sociais. As análises apontam resultados positivos e negativos com relação à variável, houve melhoras relacionadas à adequação, mas pouca melhora com relação a frequência do comportamento.

Além de alguns aspectos mencionados acima, o presente trabalho também apresenta como limitação a questão de se tratar de uma intervenção testada apenas com 22 crianças. Apesar de ser possível levantar hipóteses frutíferas sobre o andamento do programa em teste, ainda são necessários mais estudos e replicações visando observar se estes resultados se mantêm em um número maior de casos. Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de as intervenções serem sempre realizadas por terapeutas iniciantes e, por vezes, inexperientes. Tal fato inspira cuidado em termos de generalizações, mas ao mesmo tempo torna os resultados ainda mais promissores, uma vez que se poderia hipotetizar que com terapeutas mais experientes os resultados poderiam ser mais consistentes.

Os resultados obtidos com relação à ausência dos sintomas clínicos da amostra foram de 31,8%, sendo assim, mais da metade dos participantes apresentavam algum sintoma significativo de estresse, ansiedade, depressão e suas possíveis combinações. Como já apresentado em literatura (Lipp, 2000), o ambiente em que as crianças estão inseridas pode

ser um fator de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Desta forma, faz-se imprescindível entender os contextos de vida, social, financeiro, educacional entre outros em que estas crianças estão inseridas. Entende-se como um dos limites deste estudo a falta de controle das variáveis do contexto em que estas crianças estão inseridas, mas ainda assim, hipotetiza-se que este contexto pode ser responsável pelos dados alarmantes de sintomas psicopatológico da amostra.

As crianças participantes do estudo estão inseridas em um bairro da cidade de Ribeirão Preto que é conhecido pela violência e o tráfico de drogas. Este dado também foi confirmado por meio de conversas informais com os professores e pelo plano pedagógico da escola. Lipp *et al* (2002) e Mostert e Loxton (2008) apontam que características locais e regionais do ambiente em que a criança está inserida podem agir de forma a potencializar o aparecimento de sintomas e transtornos mentais na infância. Assim, os resultados apontam que este contexto em que as crianças estão inseridas pode estar gerando e mantendo o adoecimento das mesmas. Para verificar se esta correlação é verdadeira, seria necessário um novo estudo com um maior número de participantes da mesma idade e que tenha as mesmas condições de vida. Outro estudo importante seria verificar estes dados com relação a um grupo de comparação, no qual as crianças de mesma idade, série e contexto não tivessem passado pela intervenção. Seria interessante também a comparação destes dados com outras crianças com diferentes contextos de vida a fim de verificar se esta possível correlação se mantém.

Com relação à testagem utilizada para este estudo, entende-se que, como apontado por Wells *et al.* (2003), para estudos com programas universais seria indicado utilizar inventários que verificassem aspectos positivos da saúde mental infantil. Com a dificuldade presente nos estudos para avaliação psicológica infantil no Brasil (Petersen & Koller, 2006) optou-se por utilizar testes que indicassem níveis de adoecimento mental nos participantes. Desta forma, também seria possível verificar se com a aplicação de sessões de psicoeducação e manejo de emoções e o maior conhecimento das crianças sobre si mesmas, elas melhorariam aspectos positivos presentes na saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, conduzido com o objetivo de verificar os resultados imediatos obtidos a partir de um programa de promoção de saúde mental em grupo para crianças, apresentou resultados bastante diversos. O programa desenvolvido no LaPICC-USP, utilizado neste estudo, conta com embasamento teórico e procedimentos já descritos na literatura em Terapia Cognitivo-Comportamental. Ao verificar e comparar os escores das variáveis psicológicas estudadas antes e depois da intervenção nos dois grupos de intervenção, sugere-se que os objetivos específicos da intervenção foram alcançados.

Os resultados obtidos através das análises realizadas sugerem várias hipóteses ao estudo. Enquanto algumas crianças obtiveram uma melhora, outras crianças pioraram seus escores no pós-teste quando comparadas ao pré-teste. Algumas hipóteses devem ser levadas em consideração, como: o programa ser aplicado por terapeutas em formação; o pós-teste acontecer no final de semestre escolar quando as crianças tem um acúmulo de atividades; o tempo de duração do programa; o ambiente sócio-cultural em que as crianças estão inseridas; e a necessidade de reavaliação da estrutura do programa aplicado.

A importância deste estudo se apresenta na medida em que os transtornos psicológicos vem, a cada dia mais, causando prejuízo na vida das crianças e suas famílias. Parece consenso na literatura que as consequências de sintomas psicológicos que não recebem tratamento ou ajuda podem acarretar implicações negativas ao longo da vida.

No entanto, reconhece-se que apesar dos resultados e hipóteses levantadas, o estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. Um dos limites do estudo foi o pequeno número de participantes, que acabou por limitar as análises estatísticas e a possibilidade de generalização dos resultados. Outro limite encontrado no estudo é a falta de um grupo comparação, no qual seriam crianças de mesma idade e nível sócio-cultural que ainda não tivessem participado da intervenção a fim de compará-las estatisticamente com as crianças que receberam a intervenção. Ainda é limite do estudo a falta das análises qualitativas das falas das crianças durante as testagens, por consequência de esta análise não ter sido prevista no início do estudo. Apesar das limitações apontadas, os resultados apontados não são invalidados.

Como sugestão para novas pesquisas, seria válido avaliar os resultados imediatos do programa em um maior número de participantes, bem como ter um grupo comparação para avaliar seus resultados. Sugerem-se ainda novos estudos da correlação dos resultados obtidos com informações sobre o contexto sócio-cultural de cada criança, bem como o cruzamento de

dados coletados com pais e professores sobre a criança. Esta poderia ser uma importante fonte de informação, principalmente para a variável de habilidades sociais. Desta forma, poder-se-ia comparar a percepção dos pais ou cuidadores e professores sobre a criança antes e depois da intervenção.

Sugere-se ainda que o programa seja aplicado por terapeutas experientes, a fim de verificar se existe diferença entre o programa ser aplicado por terapeutas experientes ou por terapeutas em formação. Como relação à testagem, sugere-se a inclusão de instrumentos que avaliem aspectos positivos da saúde mental, como autoestima, autoconceito, satisfação de vida e felicidade nas crianças participantes.

Seria bastante interessante um estudo qualitativo sobre as sessões e como estes dados podem se relacionar como os resultados quantitativos adquiridos no programa. Outro estudo importante a ser realizado seria um *follow-up* para verificar se os ganhos adquiridos com a participação no programa se mantiveram ao longo do tempo.

A validade ecológica do estudo foi uma preocupação que permeou as escolhas metodológicas realizadas. Entende-se que esta escolha acarreta pontos positivos e negativos ao estudo. O principal ponto positivo é a não interferência no contexto em que a pesquisa foi realizada. Em contrapartida, o ponto negativo é a perda do controle das variáveis estudadas, como presença de transtornos psicológicos e crianças que ainda não sabiam ler, mas estavam participando do estudo.

A maior dificuldade encontrada durante a realização desta pesquisa foi com relação aos instrumentos utilizados. Com a necessidade do início da testagem foram escolhidos os presentes instrumentos, mesmo alguns deles não sendo vastamente descritos em literatura nacional, a exemplo da Masc. Optou-se então por iniciar a testagem e fazer contato com os pesquisadores que realizaram o estudo de validação. A presente pesquisadora entrou em contato com os pesquisadores para obter mais dados a respeito do mesmo, mas não obteve resposta. Neste sentido, a Masc ficou à mercê de uma literatura confusa, com falta de publicação do estudo brasileiro original e falta de dados com relação aos pontos de corte do instrumento.

Assim, o estudo abre novas perspectivas para pesquisas futuras que auxiliem no aprimoramento do programa de promoção de saúde mental em crianças. Desta forma, espera-se ter colaborado para a área de promoção de saúde mental em crianças e auxiliado, a partir de um olhar crítico a entender as demandas enfrentadas pelas crianças.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4. Ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Testagem Psicológica. 7ed. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Azevedo, T., Caminha, M. G. & Caminha, R. M. (2007). Terapia Cognitiva na Depressão Infantil. IN: Caminha, R. M., Caminha, M. G. *A pratica cognitiva na infância*. São Paulo: Roca, 72-88.
- Bandin, J. M, Sougey, E. B. & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44, 27-32.
- Baptista, C. A. & Golfeto, J.H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 27(5), 253-255.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., di Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Rev. Neuropsiquiatria da Inf. E Adol*. 4(3) 36-40.
- Beck, J. S. (1997) *Terapia Cognitiva: teoria e pratica*. Porto Alegre: Artmed.
- Bonfanti, A. L., Souza, M. A. M., & Wainer, R. (2007). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos para Crianças. In: Piccoloto, L. Piccoloto, N. M. & Wainer, R. *Tópicos Especiais em Terapia Cognitivo-Comportamental* 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2009). Aprendendo a gerenciar conflitos: um programa de intervenção para a 1ª série do ensino fundamental. *Paidéia* vol 19 (42). 17-26.
- Caíres, M. C. & Shinohara, H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira Terapias Cognitivas*. 6(1), 62-84.
- Caldarella, P., & Merrel, K. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: a taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 264-278.
- Caminha, M. G., & Pelisoli, C. (2007). Treinamento de Pais: aspectos teóricos e clínicos. In: Caminha, R.M. & Caminha M.G. *A Prática Cognitiva na Infância*. 1.ed. Rocca.

- Cia, F., Pamplin, R. C. O., Del Prette, Z. A. P. (2006). Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia* 16(35), 395-406.
- Cole, M. & Cole, S. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica* 7(3). 291-300.
- Cozby, P. C. (2003) *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (1.ed.) São Paulo: Atlas.
- Curatolo, E. (2001). Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. (Resumo) Em *Arquivos de neuropsiquiatria, XVI Congresso Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria Infantil*. (p. 215) Campinas.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2004) Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, v9 (3) 369-378.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4): 701-710.
- Dell’Aglío, D. D. (2000). *O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2011) Enfoques e modelos do treinamento de habilidades sociais. IN: Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. *Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo* São Paulo: Casa do Psicólogo 19-56.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2002). Avaliação de Habilidades Sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores Sociométricos associados à frequência versus dificuldade. *Psicologia em Estudo*, 1, 61-73.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças: (SMHSC-Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: teoria e prática*. 4.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.
- DSM IV – TR – (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. trad. Cláudia Dornelles, 4 ed. – Porto Alegre: Artmed.
- Durlak, J.A., & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programmes for children and adolescents: A metaanalytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115–152.
- Erickson, E. H (1982) *The life cycle completed*. New York: Norton
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. 2ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 43(6):727-34.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado, Universidade federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Rev. Psiq. Clin.* 29(2) 66-70.
- Goodman, R. & Scott, S. (2004) *Psiquiatria Infantil*. Trad. Mônica G. Armando. São Paulo: Roca.
- Gorayeb, R. (2002). O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 3(2), 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 de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Hallak, L. R. L. (2001). *Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, Dissertação de Mestrado, Não-Publicada, Pósgraduação em Saúde mental do departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

- Hoven, C., Berganza, C., Bordin, C., Bird, I., & Miranda H. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int. J. Psychiatry Med.* 33(3): 203-22.
- Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2000). *Adaptação brasileira do inventário de depressão infantil (CDI)*. Manuscrito não publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnosis in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-Longitudinal. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709–717.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in preschool children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305–315.
- Kovacs, M. (1983). *The children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Pittsburg: University of Pittsburg.
- Lemes, S. O.; Fisberg, M.; Rocha, G. M.; Ferrini, L. G.; Martins, G.; Siviero, K.; & Ataka, M. A. (2003) Estresse infantil e desempenho escolar – Avaliação de crianças de 1ª a 4ª série de uma escolar pública do município de São Paulo. *Rev. Estudos de Psicologia* 20(1), 5-14.
- Lipp, M.E.N.; & Romano, A. S. F. (1987). O Stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 4(2): 42-54.
- Lipp, M. E. N. (2000) O stress da criança e suas consequências. IN: Lipp, M. E. N. *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas – SP: Papirus. 13-42.
- Lipp, M. E. N.; Arantes, J. P.; Buriti, M. S.; & Witzig, T. (2002). O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*. 6 (1) 51-56.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2005). *Escala de Stress Infantil - ESI*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lizuka, C. A., & Barret, P. M. (2001) Programa *Friends* para o tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. IN: Petersen, C. S., Wainer, R. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed 264-285.
- Malagris, L. E. N. & Castro, M. A. (2000). Distúrbios emocionais e elevações de stress em crianças. In: Lipp, M. E. N. (Org.) *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. 1ed. Campinas: Papirus. 65-100.

- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*; 36(4): 554-565.
- Martínez, A. M. (1998). La escuela: um espacio de promocion de salud. *Psicologia escolar e educacional*. 1, 19-24.
- Marturano, E. M., & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In: Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (Org.) *Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas: Alínea.
- Marturano, E. M., & Gardinal, E. C. (2008). Um estudo prospectivo sobre o estresse cotidiano na 1ª série. *Aletheia*, 27, 81-97.
- Mental Health Foundation (2001) disponível em: www.mentalhealth.org.uk
- Mostert, J., & Loxton, H. (2008). Exploring the Effectiveness of the FRIENDS Program in Reducing Anxiety Symptoms Among South African Children. *Behaviour Change*, 25, 85-96.
- Nascimento, R. Pedroso, J. S., Souza, A. M. (2009). Método de Rorschach na avaliação psicológica de crianças: uma revisão de literatura. *Psico-USF* 14(2). 193-200.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review* 29 208–215.
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. IN: Rangé, B. P. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. 737-750.
- NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina; ROSSETTO, Carolina Prates Ferreira; CASSIANO, Marcella (2011). Prevenção e Promoção da Saúde em TCC para Crianças. In: VIII Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, Florianópolis. Anais do VIII CBTC. Florianópolis: FBTC, 2011.
- Nie, N. H., Hull, C. H., & Bent, D. H. (2003). *Statistical Package for Social Sciences*. São Paulo: SPSS Inc.
- Nunes, M. M. (2004) Validade e confiabilidade da escala multidimensional de ansiedade para crianças (MASC). *Dissertação de Mestrado*. Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

- Pacanaro, S. V.; & Santos, A. A. A. (2007). Avaliação do estresse no contexto educacional: análise de produção de artigos científicos. *Avaliação Psicológica* 6 (2) 253-260.
- Papalia, D. E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Trad. Daniel Bueno – 8.ed. – Porto Alegre: Artmed.
- 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. *Rev Bras Psiquiatr.* 29(1):7-11.
- Petersen, C. S., & Koller, S. H. (2006). Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco. *Avaliação Psicológica* 5(1). Pp. 55-66.
- Poznanski, E. O, & Mokros, H. B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. In Reynolds, W. M., *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, Plenum Press, New York, 19-40.
- Projeto Pedagógico 2010-2014 – Secretaria municipal de educação. Número de ofício 37/10 Ribeirão Preto - SP
- Reddy, L. A., Newman, E., Thomas, C. A. D., & Chun, V. (2009). Effectiveness of school-based prevention and intervention programs for children and adolescents with emotional disturbance: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 47, 77-99.
- Rehm, L. P., & Sharp, R. N. (1999). Estratégias para a depressão infantil. Em: M. Reinecke, F. Dattilio & Artur Freeman, *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes*. (pp.91-104). São Paulo: Artes Médicas.
- Rende, R. D., & Plomin, R. (1992). Relations between first grade stress, temperament, and behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 435- 446.
- Reppold, C. T. (2001). *Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rodrigues, M. C. (2008). Leitura de histórias e sua importância no desenvolvimento infantil. In: A. J. C. Barbosa, L. M. Lourenço & M. M. P. E. Mota (Orgs.) *Desenvolvimento Psicossocial: Temas em educação e saúde*. Campinas: Alinea 19-31.

- Tricoli, V. A. C. (1997). *Stress e aproveitamento escolar em crianças do 1º grau: Sintomas e Fontes*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCAMP.
- Sbaraini, C. R.; & Schermann, L. B. (2008). Prevalência de estresse infantil e fatores associados: um estudo com escolares em uma cidade do estado do Rio Grande de Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 24(5): 1082-1088.
- Spence, S. H., & Dadds, M. R. (1996). Preventing childhood anxiety disorders. *Behaviour Change*, 13, 241–249.
- Stallard, P. (2007). *Guia do terapeuta para os bons pensamentos – bons sentimentos: utilizando a terapia cognitiva comportamental com crianças e adolescentes*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. – Porto Alegre: Artmed.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens* (1.ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Stubbe, D. (2008) *Psiquiatria da Infância e adolescência*. Trad. Irineo S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed.
- Ustün, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year. *Br J Psychiatry*.84:386-92.
- Veiga, M.H. & Golfeto, J.H. (1999) – Prevalência da hipercinesia infantil com a comorbidade depressão – estudo em uma escola particular de Ribeirão Preto. Trabalho apresentado no XV Congresso de Neurologia e Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro, setembro de 1999.
- Vianna, R. (2008). *Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC- VB)* [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Vilella, M. V. (1995). *Sintomas e fontes de stress em uma amostra de escolares da 1ª à 4ª séries*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCAMP
- Wainer, R., & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. IN: Petersen, C. S., Wainer, R. *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed 264-285.
- Weiz, 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.

- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*. V.103, n 4 197-220.
- Whathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., Bandeira, D. R. (2008) Análise Fatorial do Inventário de depressão infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica* 7(1). 77-84.
- Woodward, L.J., & Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086–1093.
- World Health Organization (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneve: OMS.
- World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: WHO. The FRIENDS Emotional Health Programme 37.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO (2011 – 1)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis,

Seu filho(a) _____ está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa-ação com intuito de investigar um programa de treinamento de habilidades sociais para crianças e avaliar os resultados desse na Abordagem Cognitivo- Comportamental em uma escola pública. Além disso, propõe-se a auxiliar seu filho em atividades como fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole. Este atendimento será realizado com crianças de escola pública que tenham interesse em participar das atividades propostas.

O atendimento será conduzido pelas estagiárias, Juliana Siquinelli Padula e Renata de Castro Moda sob supervisão da Profª. Dra. Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este atendimento faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para a intervenção psicológica na abordagem Cognitivo-Comportamental e para a realização de pesquisas no âmbito clínico, comunitário e da saúde. Para tanto, os atendimentos visam, além de intervir nas dificuldades das crianças, atuar como subsídios para a produção de conhecimentos científicos e sistematizados na área. Neste sentido, os dados deste atendimento serão utilizados para pesquisa visando o aprimoramento dos atendimentos oferecidos. Serão seguidas as normas estipuladas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

A participação de seu filho(a) é voluntária e não haverá nenhum tipo de apoio financeiro, dano ou riscos aos participantes. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este termo. Cabe ressaltar que, apenas poderão fazer parte deste trabalho aquelas crianças cujos pais/responsáveis assinarem este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo às crianças ou a você caso deseje fazê-lo. As sessões em grupo acontecerão uma vez por semana e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, estima-se que ocorrerão 12 sessões. Como ferramentas de coleta de dados poderão ser utilizadas, além de questionários e testes psicológicos, sessões de entrevistas e intervenção áudio e/ou vídeo gravadas.

O presente trabalho consiste de atendimento em grupo e de pesquisa. A pesquisa acontecerá durante o processo de atendimento psicológico e não demandará encontros extras. Todas as informações prestadas por você e por seu filho(a) estão protegidas pelo sigilo profissional, e qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que os identifiquem. Caso tenha alguma dúvida, as estagiárias estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos. Você pode solicitar maiores informações durante os atendimentos ou através do telefone (16) 36023724, ou ainda via e-mail cbneufeld@ffclrp.usp.br.

Atenciosamente,

Renata de Castro Moda
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), _____, no mesmo. Declaro que possuo cópia 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.

_____/____/____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO (2011 – 2)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis,

Seu filho(a) _____ está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa-ação com intuito de investigar um programa de treinamento de habilidades sociais para crianças e avaliar os resultados deste. Esse programa é voltado para crianças de escola pública que tenham interesse em participar das atividades propostas e tem como objetivo auxiliar seu filho em atividades como fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole.

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para a intervenção psicológica na abordagem Cognitivo-Comportamental. Assim, os atendimentos visam, além de intervir nas dificuldades das crianças, auxiliar na produção de conhecimento científico na área. Neste sentido, os dados deste atendimento serão armazenados em um banco de dados e utilizados para pesquisa e visando a melhora dos atendimentos oferecidos, sempre em concordância com as normas estipuladas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Todas as informações prestadas por você e por seu filho (a), incluindo os resultados dos instrumentos aplicados, estarão protegidas pelo sigilo profissional, e qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que o identifiquem.

A participação de seu filho(a) é voluntária e não haverá nenhum tipo de apoio financeiro, dano ou risco aos participantes. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se a vontade para não assinar este termo. Cabe ressaltar que apenas poderão fazer parte deste trabalho aquelas crianças cujos pais/responsáveis assinarem este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo às crianças ou a você, caso deseje fazê-lo.

A pesquisa acontecerá durante os atendimentos psicológicos em grupo e as sessões acontecerão uma vez por semana e terão em média cinquenta minutos de duração e o todo, estima-se que ocorrerão 11 sessões. Ocorrerão dois encontros para a aplicação dos instrumentos necessários para a avaliação do programa. O atendimento será conduzido pelas estagiárias, Juliana Siquinelli Padula e Renata de Castro Moda sob supervisão da Prof. Dra. Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Como ferramenta de coleta de dados serão utilizados quatro testes psicológicos em seu filho. Os testes psicológicos são: um teste de ansiedade (MASC – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças); um teste de depressão (CDI – Inventário de Depressão Infantil); um teste de estresse (ESI – Escala de Stress Infantil) e um teste de habilidades sociais (Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças). Os resultados dos testes, bem como desta pesquisa respeitarão o sigilo, ou seja, a publicação dos dados não incluirá nomes de nenhum dos participantes do estudo, não havendo possibilidade de identificação dos participantes. A aplicação, correção e armazenamento dos testes psicológicos será conduzida pela psicóloga Patrícia Cavalari Nardi (CRP 06/101766), mestranda da mesma faculdade citada acima.

Caso tenha alguma dúvida, as estagiárias estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos. Você pode solicitar maiores informações durante os atendimentos ou através do telefone (16) 36023724, ou ainda via e-mail cbneufeld@ffclrp.usp.br.

Atenciosamente,

Patrícia Cavalari Nardi
Mestranda em Psicologia

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), _____, no mesmo. Declaro que possuo cópia 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

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO (2012)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis,

Seu filho(a) está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa-ação com objetivo de investigar um programa de treinamento de habilidades sociais para crianças e avaliar os resultados desse na Abordagem Cognitivo-Comportamental em uma escola pública. O programa tem como objetivo auxiliar seu filho em atividades como fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole. Este atendimento será realizado com crianças de escola pública que tenham interesse em participar das atividades propostas.

O atendimento será conduzido pelas estagiárias Carla Daolio e Mariana Simões Flória, sendo observado pela estagiária Katherine Godoi, sob supervisão da Profa. Dra. Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723), docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este atendimento faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para a intervenção psicológica na abordagem Cognitivo-Comportamental. Assim, os atendimentos visam, além de intervir nas dificuldades das crianças, auxiliar a produção de conhecimentos científicos e sistematizados na área. Neste sentido, os dados deste atendimento serão armazenados em um banco de dados e utilizados para pesquisa visando o aprimoramento dos atendimentos oferecidos. Serão seguidas as normas estipuladas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

As sessões em grupo acontecerão uma vez por semana e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, estima-se que ocorrerão 12 sessões. Como ferramentas de coleta de dados serão utilizados 4 (quatro) testes psicológicos em seu filho(a). Os testes psicológicos são: um teste de ansiedade (MASC – Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças); um teste de depressão (CDI – Inventário de Depressão Infantil); um teste de estresse (ESI – Escala de Stress Infantil) e um teste de habilidades sociais (Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças). Os resultados dos testes, bem como desta pesquisa respeitarão o sigilo, ou seja, a publicação dos dados não incluirá nomes de nenhum dos participantes do estudo, não havendo possibilidade de identificação dos participantes. A aplicação, correção e armazenamento dos testes psicológicos será conduzida pela psicóloga Patrícia Cavalari Nardi (CRP 06/101766), mestranda da mesma faculdade citada acima.

A participação de seu filho(a) é voluntária e não haverá nenhum tipo de apoio financeiro, dano ou riscos aos participantes. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este termo. Cabe ressaltar que, apenas poderão fazer parte deste trabalho aquelas crianças cujos pais/responsáveis assinarem este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo às crianças ou a você caso deseje fazê-lo.

A pesquisa acontecerá durante o atendimento psicológico em grupo e não serão necessários encontros extras. Todas as informações prestadas por você e por seu filho(a) estão protegidas pelo sigilo profissional, e qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que os identifiquem.

Caso tenha alguma dúvida, as estagiárias estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos. Você pode solicitar maiores informações durante os atendimentos ou através do telefone (16) 36023724, ou ainda via e-mail cbneufeld@ffclrp.usp.br.

Atenciosamente,

Patrícia Cavalari Nardi
Mestranda em Psicologia

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), _____, no mesmo. Declaro que possuo cópia 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

ANEXO A – PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS



Sessão	Foco da sessão
Pré-teste	(MASC / ESI / CDI / SMHSC–Del-Prette)
1ª Sessão	Apresentação geral do grupo / Identidade e Regras do grupo
2ª Sessão	Psicoeducação sobre Habilidades Sociais
3ª Sessão	Direitos Humanos e Civilidade 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 e Modelo Cognitivo
10ª Sessão	Distorções cognitivas e Pensamentos alternativos
11ª Sessão	Resolução de Problemas Avaliação Qualitativa
Pós-teste	(MASC / ESI / CDI / SMHSC–Del-Prette)

ANEXO B – PARACER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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

ANEXO C – CARTA-CONVITE AOS PAIS E CRIANÇAS



Queridos pais, ou responsáveis,

Estamos convidando seu filho a participar de um Programa de Treinamento de Habilidades Sociais que será oferecido na escola. Somos estagiários de psicologia da USP e trabalhamos sob a supervisão da professora 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 Sociais 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 as habilidades sociais, 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 Treinamento de Habilidades Sociais, que foi bem aceito pela escola e agora está sendo oferecido para a turma do seu filho.

O trabalho será desenvolvido em dois grupos com 10 crianças cada, estando previstas 12 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 pra 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 destinado a vocês.

Muito obrigada pela atenção e disponibilidade!