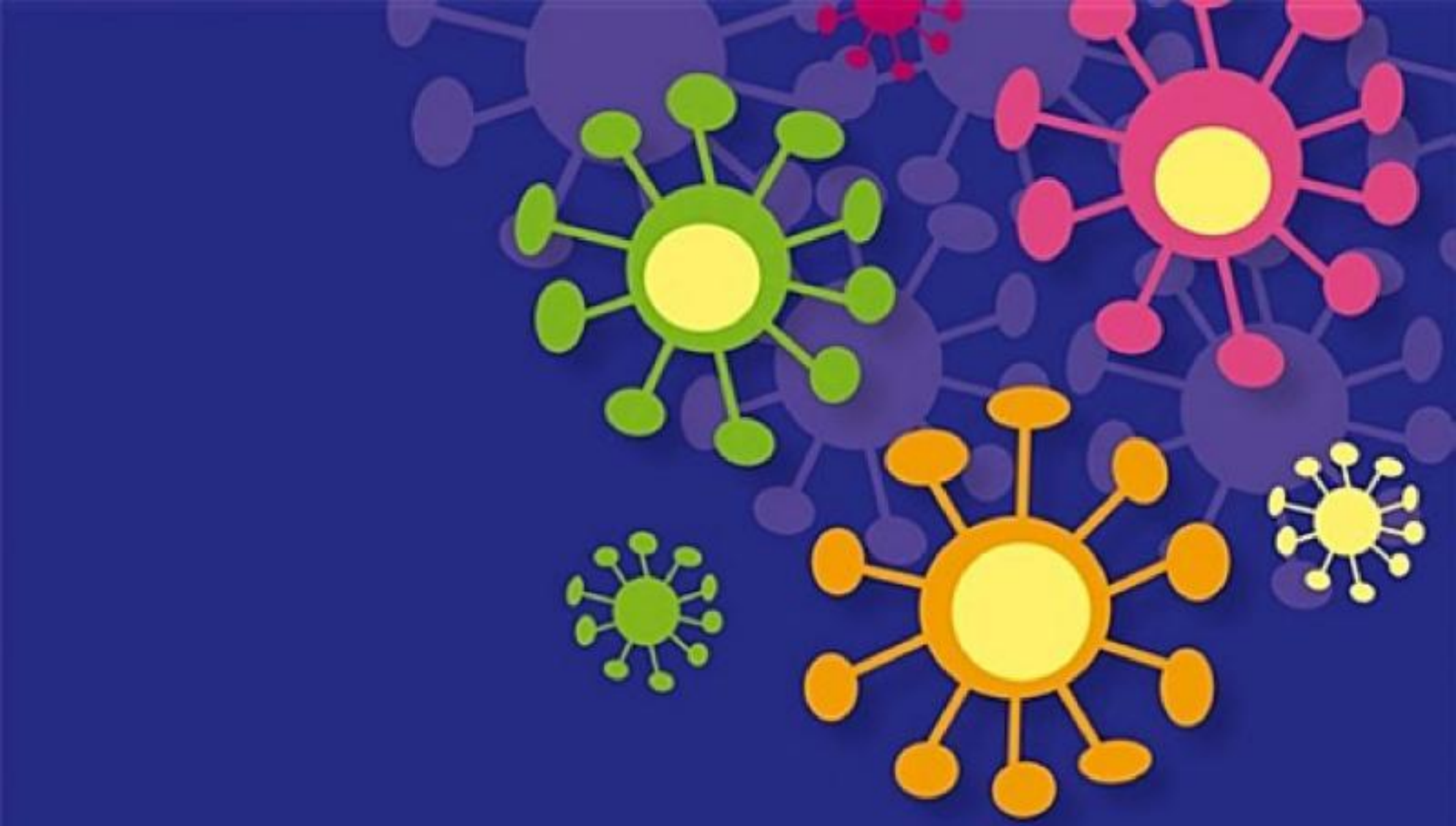


TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CARMEM BEATRIZ NEUFELD
organizadora

artmed

© Artmed Editora Ltda., 2015

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*
Capa: *Paola Manica*
Preparação do original: *Alessandra Bittencourt Flach*
Tradução dos capítulos 4 e 9: *Sandra Maria Mallmann da Rosa*
Leitura final: *Paola Araújo de Oliveira*
Projeto gráfico e editoração: *Tipos – design editorial e fotografia*
Produção digital: *Know-How*



T315 Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes [recurso eletrônico] / Carmem Beatriz Neufeld, organizadora. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

Editado como livro impresso em 2015.
ISBN 978-85-8271-212-2

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. I. Neufeld, Carmem Beatriz.

CDU 616.8-085.851

Catalogação na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre, RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,

Material com direitos autorais

sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5
Cond. Espace Center – Vila Anastácio
05095-035 – São Paulo, SP
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

Material com direitos autorais

AUTORES

CARMEM BEATRIZ NEUFELD (ORG.): Psicóloga. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora doutora II do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental (LaPICC-USP). Orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC), gestão 2011-2013/2013-2015. Bolsista produtividade do CNPq. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

ALICE REUWSAAT JUSTO: Psicóloga. Especializanda em Terapia Sistêmica Individual, Familiar e Conjugal pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI). Colaboradora no Projeto Terapia de Reciclagem Infantil (TRI), PUCRS/Instituto de Terapias Cognitivo-comportamentais (InTCC).

ALINE HENRIQUES REIS: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre em Psicologia pela UFU. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do curso de Psicologia, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

CARLA CRISTINA DAOLIO: Psicóloga. Atua em Psicologia Escolar. Colaboradora de pesquisa do LaPICC-USP.

CAROLINA SARAIVA DE MACEDO LISBOA: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Relações Interpessoais e Violência: Contextos Clínicos, Sociais, Educativos e Virtuais – RIVI e da Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental, modalidade a distância, PUCRS. Editora associada da revista *PSICO*. Membro da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia, PUCRS.

CRISTIANA WALLACH MACHADO: Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pela Faculdade Boa Viagem/Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (FBV/IMIP).

DEISE LIMA FERNANDES BARBOSA: Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mestre em Neurociências pelo Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pesquisadora/colaboradora do Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil Interdisciplinar (NANI).

ELIANE FALCONE: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute.

Material com direitos autorais

Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorado em Psicologia Experimental pela USP. Professora associada do Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ex-presidente da FBTC, gestão 2003-2005. Fundadora e ex-editora da *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON: Psicóloga. Especialista em Toxicologia Aplicada pela PUCRS. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora pesquisadora da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Bolsista produtividade do CNPq. Presidente da Associação de Incentivo à Pesquisa em Álcool e outras Drogas (FIPAD).

IRENA MILOSEVIC: Psicóloga. Especialista em Transtornos de Ansiedade. Ph.D. em Psicologia Clínica pela Concordia University. Professora assistente do Departamento de Psiquiatria e Neurociências do Comportamento, McMaster University. Psicóloga da Anxiety Treatment and Research Clinic, St. Josephs' Healthcare Hamilton.

ISABELA MARIA FREITAS FERREIRA: Psicóloga. Mestranda em Psicologia no LaPICC-USP, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia, FFCLRP-USP.

JALUZA AIMÈE SCHNEIDER: Psicóloga clínica. Mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

JENNA PATERNOSTRO: Psicóloga. Center for the Study and Treatment of Anxious Youth, Palo Alto University.

JOSÉ MARCELO OLIVEIRA DA LUZ: Psicólogo e psicopedagogo. Mestrando em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB).

JULIANA DA ROSA PUREZA: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela WP Terapias Cognitivas. Mestre em Psicologia Clínica pela Unisinos. Professora adjunta de Psicologia da Feevale. Pesquisadora colaboradora do Grupo de Pesquisa em Relações Interpessoais e Violência: Contextos Clínicos, Sociais, Educativo e Virtuais, PUCRS.

KATIA PETRIBU: Psiquiatra. Doutora em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora associada de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UPE).

LEONARDO ZAIDEN LONGHINI: Psicólogo pela FFCLRP-USP.

LUCIANA NAGALLI GROPO: Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Hebiatria pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP). Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

LUCIANA PAES DE BARROS: Psiquiatra. Especialista em Saúde Mental Infantojuvenil pela PUC-Rio. Mestre em Hebiatria pela UPE. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE.

Material com direitos autorais

LUÍSA F. HABIGZANG: Psicóloga. Mestre, Doutora e Pós-doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora do curso de Graduação e do Programa de Pós-graduação em Psicologia, PUCRS. Cocoordenadora do Grupo de Trabalho na Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) "Tecnologia social e inovação: intervenções psicológicas e práticas forenses contra violência". Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

LUZIA FLAVIA COELHO: Psicóloga. Especialista em Terapia Comportamental Cognitiva pelo Centro Psicológico do Controle do Stress. Especialista em Neuropsicologia pelo CFP. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria, Unifesp. Doutoranda em Ciência no Departamento de Psicobiologia, Unifesp. Neuropsicóloga e pesquisadora do NANI. Diretora da clínica Interpsi – Intervenções Psicológicas. Membro da FBTC.

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA: Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Ciências pela Unifesp. Pós-doutorado na University of Maryland Baltimore County (UMBC). Professora do curso de Graduação e do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia, PUCRS. Pesquisadora produtividade ID – CNPq. Sócia fundadora da FBTC.

MARGARIDA GASPAR DE MATOS: Psicóloga clínica. Psicoterapeuta cognitivo-comportamental, Universidade Claude Bernard, Lyon, França. Membro titular da Associação Francesa de Terapias Cognitivas e Comportamentais. Professora titular (Catedrática) da Universidade de Lisboa. Órgãos sociais da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde e da Associação Portuguesa de Terapias Comportamentais. Membro do Centro Nacional de Investigação William James Research Centre/Instituto Português de Psicologia Aplicada com jovens, individuais e em grupo. Coordenadora científica nacional do Projeto Aventura Social.

MARINA GUSMÃO CAMINHA: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental. Coordenadora dos cursos de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental e em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência no InTCC. Sócia diretora do InTCC. Criadora da Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) e do Trabalho de Reciclagem Infantil – Preventivo (TRI-P). Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

MAXWELL J. BERLYANT: Psicólogo. Especialista em Psicologia da Infância, da Adolescência e de Família. Doutorando em Psicologia Clínica na Palo Alto University.

MÔNICA C. MIRANDA: Psicóloga. Mestre e Doutora em Ciências pela Unifesp. Pesquisadora pela Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa. Orientadora na Unifesp.

NICHOLAS R. FARRELL: Psicólogo.

ORLANDO F. A. BUENO: Psicólogo. Doutor em Ciências pela Unifesp. Professor livre-docente do Departamento de Psicobiologia, Unifesp.

Material com direitos autorais

PATRICIA BARROS: Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela UERJ. Certificada pelo Programa de Extensão em Transtornos do Espectro do Autismo do Davis Mind Institute, University of California, Davis. Coordenadora do curso de Extensão em Terapia Cognitivo-comportamental com Crianças e Adolescentes e do Programa de Desenvolvimento de Habilidades Sociais com Crianças do Espectro Autista na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

PATRÍCIA CAVALARI NARDI: Psicóloga clínica. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (IPTC). Mestre em Ciências pela FFCLRP-USP. Membro do LaPICC-USP.

PAUL J. SULLIVAN: Estudante de Ph.D. Coordenador assistente de pesquisa do Center for the Study and Treatment of Anxious Youth, Palo Alto University.

RANDI E. MCCABE: Psicóloga clínica. Ph.D. pela University of Toronto. Diretora da Anxiety Treatment & Research Clinic, St. Joseph's Healthcare Hamilton. Professora do Departamento de Psiquiatria e Neurociências do Comportamento, McMaster University.

RENATA FERRAREZ FERNANDES LOPES: Psicóloga. Doutora em Psicobiologia pela FFCLRP-USP. Professora associada III do Instituto de Psicologia da UFU. Coordenadora da Especialização em Neuropsicologia do Instituto de Psicologia, UFU. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC.

RENATO MAIATO CAMINHA: Psicólogo. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Diretor de ensino do InTCC-RS. Coordenador dos cursos de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental e em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência no InTCC. Criador da Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) e do Trabalho de Reciclagem Infantil – Preventivo (TRI-P). Ex-presidente da FBTC, gestão 2005-2006. Membro da diretoria da Associação Latino-americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Terapeuta cognitivo certificado pela FBTC.

ROBERT D. FRIEDBERG: Psicólogo clínico e professor. Ph.D. pelo Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Diretor do Center for the Study and Treatment of Anxious Youth, Palo Alto University.

SHEILA GIARDINI MURTA: Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Doutora em Psicologia Social e do Trabalho pela UnB. Professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia e orientadora no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, UnB.

SIMONE M. BEHAR: Psicóloga. B.A. em Psicologia pela University of California, Berkeley. Estudante de Ph.D. na Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto University.

TANIA MARA SPERB: Psicóloga. Mestre e Ph.D. em Psicologia do Desenvolvimento pela University of London. Professora colaboradora da UFRGS. Pesquisadora 1B do CNPq.

Material com direitos autorais

THIAGO A. AVELLAR DE AQUINO: Psicólogo. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor adjunto do Departamento de Ciências das Religiões, UFPB. Coordenador do Grupo de Pesquisa Nous: Espiritualidade e Sentido, do CNPq.

Material com direitos autorais

Agradeço aos pacientes pela generosidade de compartilhar conosco suas vidas e nos permitirem construir o conhecimento sobre a condução de grupos com jovens. Aos colaboradores deste livro e aos membros do LaPICC-USP pela confiança e dedicação na concretização desta obra. Ao me esposo, familiares e amigos pela compreensão e apoio incondicional ao meu trabalho acadêmico.

Dedico este livro às crianças e adolescentes com quem convivi e convivo, que me encantam desde quando eu mesma era muito jovem, e que na interação grupal revelam algo sempre novo, único, surpreendente e desafiador.

Material com direitos autorais

SUMÁRIO

AVISO

AUTORES

AGRADECIMENTOS

PARTE I ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

1 DESAFIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

2 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS

3 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES

4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO EM ESCOLAS

5 TRABALHO DE RECICLAGEM INFANTIL – PREVENTIVO (TRI-P): APLICAÇÃO EM GRUPOS DE ESCOLARES

6 TERAPIA DO ESQUEMA EM GRUPO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PARTE II GRUPOS PARA TRANSTORNOS ESPECÍFICOS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

7 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

Material com direitos autorais

8 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

9 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

10 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: ADOLESCENTES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

11 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

PARTE III TÓPICOS ESPECIAIS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM GRUPOS

12 MANEJO DA RAIVA EM GRUPO

13 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE *BULLYING*

14 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL PROGRAMA SUPERAR

15 AVENTURA SOCIAL: DA INVESTIGAÇÃO À INTERVENÇÃO EM GRUPOS COM JOVENS E NO ESPAÇO INTERGERACIONAL

CONHEÇA TAMBÉM:

Material com direitos autorais



PARTE I

ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

Material com direitos autorais

DESAFIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CARMEM BEATRIZ NEUFELD
CARLA CRISTINA DAOLIO
LEONARDO ZAIDEN LONGHINI

1

Este capítulo baseia-se na experiência da primeira autora com uma diversidade de grupos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) com crianças e adolescentes, bem como na atuação dos demais autores nos grupos com jovens, desde 2009, no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental da Universidade de São Paulo (LaPICC-USP). O trabalho mencionado segue um modelo estruturado baseado na intervenção em habilidades para a vida (PRHAVIDA), visando à promoção da saúde em escolas (para saber mais sobre o PRHAVIDA, ver Neufeld, Daolio, Cassiano, Rossetto, & Cavenage, 2014a). A cada grupo, novas estratégias são pensadas, testadas e amadurecidas, com o intuito de manejar melhor o grupo, com foco nos aspectos de processo da intervenção grupal. O processo grupal se desenvolve a cada novo grupo, e uma identidade própria se estabelece, moldada por diversas variáveis, como estilo de expressão dos membros (inclusive terapeutas), condições do contexto sociocultural, fatores de vulnerabilidade e de proteção dos participantes, espaço apropriado para a execução dos programas e motivação da instituição e dos participantes.

Nesse sentido, o presente capítulo busca enfocar alguns desafios associados ao processo grupal na condução de terapia com jovens. Para tanto, a literatura e a experiência com grupos serão integradas, a fim de oferecer sugestões e reflexões práticas a respeito da composição e da condução de grupos com crianças e adolescentes.

Material com direitos autorais

DESAFIOS DA COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS: SELEÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conduzir pessoas em terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) envolve considerar dois pressupostos básicos: o primeiro é que o grupo constitui um sistema no qual as técnicas serão administradas e o segundo é que, para o grupo em TCC ser efetivo, ele deve obedecer ao requisito da homogeneidade (Neufeld, 2011). Esses dois pressupostos versam, de fato, sobre a complexa interação entre técnica e processo na realidade grupal. Para tanto, além dos aspectos técnicos, os terapeutas em TCCG precisam estar muito atentos aos aspectos processuais, desde sua composição até sua execução. Nessa direção, a seleção e a avaliação dos participantes do grupo tornam-se o primeiro passo fundamental em TCCG (Bolsoni-Silva, Villas Boas, Leme, & Silveira, 2010). No caso dos grupos de crianças e adolescentes, alguns desafios adicionais podem ser relacionados ao processo, do recrutamento à seleção. A validade científica da avaliação inicial e o contexto de seleção exercem papel central nesse primeiro momento.

Reddy (2012) ressalta a importância de os jovens estarem na mesma faixa de desenvolvimento, considerando que crianças e adolescentes se encontram em uma fase de desenvolvimento especialmente dinâmica. As mudanças ocorrem de forma muito veloz, e a diferença entre as fases, mesmo em intervalos de idade aparentemente pequenos, pode ser enorme. Nesse primeiro momento, também é fundamental estabelecer os critérios de exclusão e inclusão dos participantes de forma clara (Brown, Alabi, Huynh, & Masten, 2011). A autorização dos pais e o assentimento dos adolescentes a partir dos 12 anos são aspectos éticos fundamentais que devem constar sempre no processo de seleção dos participantes. Para aumentar a probabilidade de consentimentos dos pais, algumas abordagens podem ser usadas. Por exemplo, oferecer informações claras sobre o tipo de grupo a ser conduzido, os objetivos a serem alcançados e os benefícios e riscos da intervenção tende a ser uma estratégia de manejo muito eficaz. Esse esclarecimento pode se dar a partir de uma conversa ou de uma palestra para os pais, ou mesmo a partir de uma carta que explique em detalhes e com linguagem acessível os aspectos fundamentais do grupo.

Sugere-se, ainda, que o número de participantes seja um ponto de especial atenção no momento da composição dos grupos. Reddy (2012) recomenda a média de 10 participantes por grupo. Na experiência no LaPICC-USP, a média de 10 participantes pode ser observada com tranquilidade, por se tratar de grupos de promoção de saúde do tipo universal (ver mais detalhes sobre esse tipo de grupo no Capítulo 2). Além disso, os grupos contam com três profissionais: um terapeuta, um coterapeuta e um observador (para saber mais sobre os papéis dos diferentes terapeutas, ver Neufeld et al., 2014b). No entanto, o número de 10 participantes nem sempre é o mais indicado. Por exemplo, em contextos terapêuticos, pode ser desejável não trabalhar com mais de cinco participantes em um mesmo grupo.

Outro aspecto inicial importante é o momento do convite à criança ou ao adolescente. Os próprios terapeutas fazerem o convite é uma estratégia que tem se mostrado eficaz para aumentar a adesão aos grupos, uma vez que os jovens têm a oportunidade de um primeiro contato com eles. Nesse momento, os participantes conseguem se familiarizar com os profissionais (Kley, Heinrichs, Bender, & Tuschen-Caffier, 2012) e estes também podem conhecer um pouco mais sobre os membros do grupo, mesmo antes de sua avaliação formal.

Material com direitos autorais

A partir da experiência e da flexibilidade do terapeuta, é necessário avaliar, segundo os objetivos da intervenção, qual a melhor maneira de seleção dos participantes. Reddy (2012) complementa o tema ao discutir o papel da seleção e da análise dos participantes em grupos de crianças e adolescentes com demandas específicas. Segundo a autora, é de extrema importância que se avalie se a intervenção grupal é a mais apropriada para aquele paciente e, caso seja, é necessário o cuidado de fazer agrupamentos de acordo com necessidades similares ou complementares, para que possam conectar-se entre si e ter o melhor proveito da experiência (Bonfanti, Souza, & Wainer, 2008).

Carrel (2010), por sua vez, alerta para as dificuldades típicas da seleção e da composição do grupo, como a de, em alguns contextos, selecionar exatamente os participantes desejados. Em certas circunstâncias, isso se torna impossível, ou o próprio processo grupal inviabiliza tal prática. É o caso de situações nas quais a recomendação de formação de grupos é ter - participantes de ambos os sexos e, por algum motivo, o grupo se formar com muito mais participantes de um sexo do que de outro. Essa característica pode significar um desafio à adesão da minoria. Para tais contextos, pode-se explorar a curiosidade que os indivíduos de um gênero têm sobre o outro e estimular a interação.

Em outras situações, em que um grupo reduzido permanece em tratamento, é possível aproveitar para adicionar outros objetivos às metas iniciais do grupo e conhecer melhor os participantes. Esse tipo de mudança deve ser sempre contratado com o grupo. Já em caso de um grupo muito grande, este pode ser divido em dois, em encontros e horários diferentes. Outra consideração importante é a relevância da cautela ao permitir a entrada de novos membros, sendo recomendado para a estrutura do grupo um número fechado de participantes sempre que possível (Christner, Stewart, & Freeman, 2007).

Uma maneira de lidar com os desafios de seleção é proceder a uma avaliação prévia dos participantes. Mesmo que o grupo a ser conduzido não esteja vinculado a uma atividade de pesquisa, é interessante avaliar os participantes antes, durante e depois da intervenção. Essas avaliações fornecem *feedbacks* preciosos do estado dos participantes, da intervenção e do próprio desempenho dos coordenadores (Bieling, McCabe, & Antony, 2008).

As avaliações podem ser de diversos tipos, como testes psicológicos, instrumentos de pesquisa, entrevistas com as crianças/adolescentes, com os pais e com os professores e observações no ambiente escolar e familiar (Curry, Wells, Lochman, Craighead, & Nagy, 2001). Essas estratégias possibilitam apontar índices de determinadas condições patológicas, demandas individuais, níveis de diversas habilidades e interesses particulares dos participantes. O fundamental na escolha das estratégias de avaliação é o objetivo do grupo e a modalidade de grupo a ser conduzida: apoio, psicoeducação, orientação e treinamento, ou terapêutico (para descrição, ver Neufeld, 2011). Se o objetivo da avaliação for verificar a eficácia da intervenção, pré-testes e pós-testes podem ser conduzidos com instrumentos validados que meçam as variáveis de interesse da intervenção.

O exemplo leva a outro desafio da avaliação: decidir o momento certo para sua condução. Principalmente no caso de intervenções vinculadas às atividades de pesquisa, os desafios são múltiplos. Deve-se decidir qual o melhor método de avaliação, quais os instrumentos de medida, quais os momentos de avaliação. Relatos e entrevistas podem dar informações ricas e detalhadas, mas são difíceis de mensurar e de garantir imparcialidade. A utilização de testes e instrumentos validados requer o domínio destes por parte dos aplicadores, a busca

Material com direitos autorais

por esses instrumentos, que às vezes são de difícil acesso, o cuidado na interpretação dos resultados, visto serem, muitas vezes, instrumentos de autorrelato (sujeitos à parcialidade do respondente), bem como o conhecimento acerca da frequência e do intervalo com que podem ser reaplicados. Além disso, considerando que estamos enfocando grupos infantis/adolescentes, outra dificuldade é a compreensão dos itens dos instrumentos aplicados. Nesse último caso, fazer a testagem acompanhada pelo terapeuta e dar prioridade à aplicação individual são formas de minimizar os problemas gerados pela dificuldade de compreensão do teste em público infantojuvenil (Kley et al., 2012).

Ainda no que se refere à avaliação, o uso de mais de uma técnica para tal verificação tende a ser mais eficaz para a seleção dos participantes dos grupos (Lumpkin, Silverman, Weems, Markham, & Kurtines, 2002). Ou seja, além da utilização de testes, recomenda-se, de forma complementar, a realização de entrevistas ou observações com pais e professores. Durante a intervenção, o próprio terapeuta pode perguntar o que os jovens estão achando do grupo, o que aprenderam, do que estão gostando. Adotar diversas estratégias enriquece a pesquisa e a prática, facilitando a interpretação dos resultados da intervenção e a atuação do terapeuta.

Em termos práticos, considerar o limite temporal da atenção de crianças e adolescentes, em comparação com a de adultos, também é um ponto a ser observado. Com base nessas características desenvolvimentais, a testagem e a avaliação podem ser divididas em dois ou mais momentos, com encontros específicos para cada avaliação, diminuindo-se a exigência de atenção e a fadiga causada pela atividade. Dessa forma, adapta-se o objetivo de avaliar a eficácia da terapia às limitações de desempenho cognitivo da faixa etária (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Há, ainda, um fenômeno curioso, que pode ser observado principalmente em adolescentes, sobre os resultados comparados entre o pré-teste e o pós-teste: as respostas dos questionários do pós-teste são feitas de forma mais criteriosa (Degner & Dirk, 2010). A hipótese é que ocorre um aumento da percepção pessoal acerca das características avaliadas pelos testes depois da psicoeducação de construtos envolvidos nas avaliações. Além disso, variáveis externas ao contexto terapêutico podem influenciar os resultados, motivo pelo qual intercalar avaliações quantitativas com qualitativas do processo terapêutico tem se mostrado uma forma benéfica de acessar os resultados dos programas de intervenção em grupos com a população infantojuvenil.

DICA PARA A AVALIAÇÃO QUALITATIVA: O JOGO DA ÚLTIMA SESSÃO

Na prática do LaPICC-USP, para a avaliação qualitativa do grupo, tem-se adotado como última atividade um jogo em equipe. É montado no chão um tabuleiro com casas de perigo, casas que permitem avançar, casas com "mico", semelhante ao tabuleiro da economia de fichas, descrito posteriormente. No jogo, as próprias crianças andarão no tabuleiro. Elas podem ser divididas em duas equipes ou formar uma grande equipe representativa do grupo. Caso sejam divididas em equipes separadas, um participante começa e sorteia um papel, que poderá conter uma pergunta fácil, média, difícil ou um "mico", podendo andar mais ou menos casas, conforme acerte. As perguntas envolvem os temas trabalhados durante as sessões. Em seguida, o participante da outra equipe faz o mesmo processo. Na próxima

Material com direitos autorais

rodada, outros participantes de cada equipe ocupam o lugar do primeiro no tabuleiro e deverão responder às perguntas.

Caso se utilize apenas uma equipe, que terá o nome do grupo, o tabuleiro é montado e pede-se para as crianças imaginarem que ele é uma ponte. Faz-se um exercício de imaginação, no qual elas são transportadas para outro mundo; para voltar, todas têm que atravessar a ponte, acertando a pergunta sorteada. Nesse caso, para evitar tumulto em cima do tabuleiro, é dito para formarem uma fila atrás da ponte, sendo que o local da fila e a ponte são os únicos lugares seguros. Assim, depois que o primeiro participante responde, ele pode atravessar a ponte; o segundo participante toma o lugar onde o participante anterior havia parado e só poderá atravessar a ponte depois de responder a outra pergunta. As perguntas versam sobre os conceitos trabalhados no grupo, sobre as aprendizagens feitas e sobre as aplicações práticas dos conceitos no cotidiano. Essa atividade tende a gerar alta adesão e motivação.

Stone (2007) refere que, entre os desafios da composição de um grupo de jovens, a seleção é um ponto crucial. Os grupos podem ter crianças ou adolescentes com características mais homogêneas ou heterogêneas em termos de aspectos pessoais. Cabe, no entanto, ressaltar que os grupos em TCCG precisam ser homogêneos com relação aos objetivos ou sintomatologia (Neufeld, 2011). Nos dois casos, o terapeuta deve ser paciente, flexível e conhecer muito bem as características de seus participantes, sejam eles mais agitados, sejam agressivos, sejam tímidos.

A primeira preocupação que os coordenadores do grupo devem ter é a de obter o máximo de informações sobre a faixa etária. Tais conhecimentos desenvolvimentais parecem mediar todas as fases do grupo, e a homogeneidade nesse quesito é fundamental. O que se observa pela experiência é que a regra mais generalizável nesse sentido é a seguinte: quanto mais jovens forem os participantes, menor deverá ser o intervalo de idade aceito no mesmo grupo.

DESAFIOS DE CONDUÇÃO DOS GRUPOS: ADESÃO E FATORES TERAPÊUTICOS

Depois da formação de um grupo, é necessário incentivar a continuidade dos participantes em todas as sessões. Problemas comuns são desistências e/ou número grande de faltas. Tais desafios de adesão podem ocorrer devido a múltiplos fatores, como: o local ser de acesso difícil, o grupo não ser atrativo o suficiente, o horário demandar mudança na rotina de pais ou professores, entre outros. Nesse sentido, na prática de grupos com crianças e adolescentes no LaPICC-USP, tem-se atuado em duas frentes principais no intuito de aumentar a adesão: as ações direcionadas para os participantes e as ações direcionadas para os pais e professores.

De modo mais específico, nos grupos infantis, temos enfrentado poucas dificuldades de adesão, mas utilizamos uma estratégia de motivação que tem se mostrado bastante eficiente e que será discutida mais adiante: a economia de fichas adaptada para grupos. A alta motivação das crianças e o fato de os grupos ocorrerem na própria escola, no contraturno escolar, parecem ser aspectos decisivos para a alta adesão. Cabe ressaltar que, quando os participantes faltam, o motivo da ausência deve ser investigado. No entanto, uma das dicas para aumentar a adesão, além do forte investimento em tornar as atividades atrativas e elevar

Material com direitos autorais

a motivação, é que os grupos ocorram em local e horário que facilitem a presença das crianças e que diminuam a demanda de intermediação dos pais para elas estarem presentes na sessão em grupo.

Com relação aos grupos de adolescentes do LaPICC-USP, algumas dificuldades de adesão vêm sendo apresentadas. Assim, antes da pré-testagem, verificou-se como vantajosa a realização de uma dinâmica de apresentação, em que cada membro se apresenta e fala um pouco de si, objetivando criar um ambiente familiar para as futuras reuniões, em que cada um, seguramente, poderá reconhecer o grupo, trocar as primeiras impressões e falas. Como sugerido por Du, Jiang e Vance (2010), outra estratégia adotada tem sido a presença do terapeuta no cotidiano dos participantes, seja para lembrá-los sobre a reunião semanal, seja para alertá-los sobre o número de faltas e motivá-los a continuar participando ao longo do processo terapêutico. Tais atitudes demonstram uma postura de reciprocidade de interesse entre cada membro do grupo e os terapeutas, que acaba sendo reconhecida pelos participantes e auxilia na manutenção da adesão.

Além disso, busca-se o contato com os pais, a fim de informá-los sobre as datas e os horários dos encontros, solicitando-lhes auxílio na manutenção da frequência e da pontualidade de seus filhos no grupo. De forma geral, uma maneira de contornar essas situações é tornar o grupo atrativo, lúdico e dinâmico, com os terapeutas reforçando, junto aos participantes, aos pais e aos professores, a importância de comparecer a todas as sessões. Além dessas estratégias, a emissão de um certificado para cada adolescente ao final do grupo, com a discriminação de sua frequência, constituiu um fator motivador preponderante para os adolescentes no LaPICC-USP.

DICAS PARA A COESÃO GRUPAL

A coesão grupal é um fator de extrema importância para a manutenção da adesão dos participantes (Bieling et al., 2008) e precisa ser incentivada desde a primeira sessão. Ela é o espaço e o momento perfeitos para que se conheçam os membros, estabeleça-se o vínculo dos terapeutas com o grupo e fortaleça-se o grupo em si. Para tanto, iniciar o grupo com uma atividade quebra-gelo pode ter bons resultados.

Nos grupos infantis do laboratório, utilizam-se dinâmicas com barbante e confecção de crachás. A primeira consiste na apresentação do terapeuta dizendo seu nome, idade, o que gosta e o que espera do grupo, segurando uma ponta do barbante, e, em seguida, sem soltar a ponta, arremessar o novelo a outro participante. Sucessivamente, o barbante é atirado de um membro a outro até que todos tenham se apresentado. A partir da forma configurada pelo barbante, o terapeuta reflete que a "figura" só pôde adquirir forma porque cada membro do grupo havia feito a sua parte, segurando sua ponta, salientando, assim, que, no decorrer das sessões, se todos fizerem a sua parte, todos poderão passar por bons momentos. Para finalizar a técnica, a teia precisa ser desenrolada, e cada participante deve lembrar o que o colega disse anteriormente. O terapeuta aproveita para ressaltar a importância de ouvir o outro e estimula habilidades de memória e concentração.

Essa técnica pode ser utilizada como dinâmica inicial, pois favorece a coesão grupal, deixa as crianças mais à vontade com os terapeutas e as estimula a falar de si mesmas, permitindo aos profissionais uma avaliação inicial da composição do grupo. Em geral, as próprias

Material com direitos autorais

crianças passam a olhar o "desenho" que formaram e a dar opiniões sobre o que ele parece.
A confecção de crachás permite ao terapeuta observar, já na primeira sessão, como é a dinâmica interna do grupo em atividades que envolvem cooperação, visto que as crianças deverão dividir os materiais para a confecção dos objetos. Como cada criança tem o seu crachá, elas se envolvem na atividade, podendo enfeitar seu nome como quiserem. Além disso, em grupos muito numerosos, os crachás facilitam a memorização dos nomes por parte dos terapeutas.

DICAS PARA A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE DO GRUPO

A identidade grupal tem forte impacto sobre a adesão e o estabelecimento dos fatores terapêuticos (Motta, Munari, Leal, Medeiros, & Nunes, 2007). Tendo em vista a formação da identidade grupal (e, consequentemente, um incentivo à adesão ao grupo), os participantes - devem, logo na primeira sessão, elaborar um nome para o grupo. Os terapeutas são instruídos a estimular as crianças e os adolescentes a pensar em um nome que seja "a cara do grupo". A atividade exige consenso entre os participantes, já que vencerá o nome votado pela maioria, desde que a justificativa seja convincente de que aquele nome, de fato, represente as características do grupo. Assim, busca-se criar uma identificação entre os participantes, uma identidade grupal, além de permitir e incentivar a espontaneidade e a criatividade. Nesse contexto, realiza-se um treino de resolução de problemas, no qual, em geral, os grupos votam e escolhem o nome sugerido mais aceito pelos participantes. O terapeuta pode fazer correções e observações sobre os comportamentos que geram maior discussão, propondo uma resolução mais justa, de acordo com os interesses comuns dos participantes. Essas atividades podem exigir ampla avaliação por parte dos terapeutas, ao mesmo tempo em que são muito enriquecedoras, por conter as primeiras expressões comportamentais, cognitivas e emocionais dos participantes. Somado ao nome, nas sessões posteriores, apresenta-se o personagem do grupo.
Os grupos de jovens do LaPICC-USP contam com personagens originais criados por uma colaboradora do laboratório, com características infantis ou adolescentes, conforme cada faixa etária. Um personagem é apresentado ao grupo, e sugere-se que os participantes lhe deem um nome e características (o que gosta de fazer, o que faz, adjetivos diversos), de forma que ele represente o grupo. O personagem pode ser utilizado em diversas outras dinâmicas e contracenar com outros personagens para a psicoeducação de outros temas. Quando o personagem é apresentado ao grupo, é comum haver estranhamento, incluindo críticas verbalizadas contra ele. Decorridas algumas sessões, costuma haver maior identificação com o personagem. Tal recurso tem a vantagem de permitir a expressão dos participantes sobre características físicas e seus sentimentos sobre elas de forma segura, sem expor ninguém, configurando uma atividade interativa, de modo que o terapeuta estimula a expressão de cada um ao perguntar sobre suas opiniões acerca da mascote.
Tanto o nome do grupo quanto o personagem constituem poderosos instrumentos de incentivo à coesão grupal. A adesão ao grupo é favorecida quando as crianças e os adolescentes percebem que fazem parte do processo decisório sobre seus representantes (nome e personagem). Além disso, como as características são dadas por eles, identificam-se com esses representantes, o que os torna atraentes e, seu uso, reforçador.

Material com direitos autorais

DICAS PARA A ELABORAÇÃO CONJUNTA DAS REGRAS

Para estimular a cooperação e a motivação de crianças e adolescentes, o estabelecimento das regras do grupo e das consequências para o não cumprimento destas tem mostrado importantes resultados. Para a elaboração de regras, com frequência, usa-se a história do "imagine uma cidade sem regras". A partir dessa instrução, os participantes devem relatar o que acham que aconteceria nessa cidade. O intuito é que cheguem à conclusão de que, por mais que às vezes as regras sejam chatas, elas são importantes e trazem benefícios. Na maioria dos casos, os participantes, de fato, chegam à conclusão desejada; entretanto, é comum que um ou outro não concorde. Pode acontecer de a maioria considerar uma cidade sem regras mais interessante do que uma com regras. Nesses casos, o terapeuta pode "ajudar", sugerindo, então, que ele poderia roubar o brinquedo de um dos participantes. O coordenador deve tomar cuidado de não parecer estar impondo o "certo", e sim ajudar na compreensão do lado positivo das regras. Além disso, o terapeuta deve ressaltar que as regras serão construídas conjuntamente, ou seja, todos irão pensar no que não gostariam que fosse permitido no grupo e no que gostariam de poder fazer.

Em geral, com crianças, usam-se também metáforas, de forma que fique palpável a elas o que está sendo discutido. Na decisão das consequências para o não cumprimento de regras, emprega-se a metáfora do futebol. É destacado que um jogo de futebol sem regras teria consequências negativas (ninguém iria ganhar, todo mundo poderia fazer falta sem sofrer penalidades). Dessa forma, assim como no futebol, quem desrespeitar frequentemente uma regra e estiver atrapalhando recebe um cartão amarelo. Se o comportamento continuar, recebe um cartão vermelho e sai do grupo naquele dia.

Essa estratégia permite que as crianças fiquem conscientes de seus próprios comportamentos ao longo da sessão. Além disso, a similaridade com o futebol serve como um fator motivador para elas. É importante ressaltar que essa estratégia em momento nenhum deve ser utilizada de forma punitiva. Seu objetivo, como já referido, é exclusivamente servir como um sinalizador para que as crianças tenham contato com seus comportamentos no dia. Em geral, elas se adaptam rapidamente a essa metáfora, várias vezes sinalizando quando um colega merece cartão amarelo ou vermelho ou apontando que, se o colega continuar agindo da maneira como está agindo, poderá receber um cartão.

Já com os adolescentes, as interações e dinâmicas buscam valorizar a opinião deles, aumentando a percepção do ambiente como seguro para se expressar e praticar as habilidades recém-adquiridas. Segundo essa lógica, há uma construção conjunta das regras, orientada pelo terapeuta, mas permitindo que os participantes sugiram e concordem com as regras propostas para o funcionamento adequado do grupo. Nessa situação, faz-se um acordo sobre o respeito mútuo exercido no grupo, a observação e a adequação a um bom funcionamento social, sugerindo-se como regra, por exemplo, que um escute enquanto o outro fala. Com as normas do grupo construídas em conjunto, aumenta-se a identificação dos indivíduos com o grupo e a sensação de estar em um ambiente familiar.

DICA DE MOTIVAÇÃO: ECONOMIA DE FICHAS EM GRUPO

Além dos cartões de futebol, utiliza-se a economia de fichas com crianças. Segundo

Material com direitos autorais

Wielewicki, Santos e Costelini (2011), a técnica de economia de fichas demonstrou ser bastante efetiva com crianças na redução de comportamentos sociais inadequados, servindo de regulador para a implementação de ações apropriadas no momento do jogo. Nos grupos infantis, a técnica é utilizada de forma a combinar a identidade do grupo (com o personagem) com a coesão grupal. Constrói-se um tabuleiro com casas regulares, com casas "perigo" e casas "bônus". O personagem, representante de todo o grupo, é que anda no tabuleiro. Assim, ao final da sessão, cada criança poderá receber até três fichas, conforme seu comportamento no grupo, tendo os comportamentos adequados reforçados individualmente ao receber as fichas. As fichas de todos os participantes são somadas e, a cada duas fichas, o personagem anda uma casa no tabuleiro. Assim, o grupo todo pode receber os prêmios, que são variados, podendo envolver um tempo para assistir a algum vídeo de que as crianças gostem, uma sessão de "cineminha com pipoca de isopor" ou outra atividade apreciada, mas também podem ser balas ou chocolates, dependendo da ocasião (p. ex., dar chocolates próximo à Páscoa). Outro prêmio muito eficaz é um marca-páginas com o desenho do mascote do grupo para colorir, ou mesmo uma sessão ao ar livre. O jogo é apresentado logo nas primeiras sessões, em conjunto com a elaboração das regras. É necessário que os terapeutas sejam consistentes no momento de contar as fichas conforme combinado nas regras (Reddy, 2012).

Denota-se que esse modo de aplicação da economia de fichas incentiva a cooperação do grupo como um todo, visto que os reforçadores mais palpáveis e mais desejados pelas crianças serão recebidos pelo bom desempenho do grupo, e não apenas pelo desempenho individual. As próprias crianças passam a regular o comportamento do grupo, incentivando um colega mais agitado a prestar atenção ou a não atrapalhar. Como, ao final de cada sessão, faz-se o registro de quantas fichas cada criança recebeu, os participantes que, por acaso, receberam poucas fichas esforçam-se para receber mais na sessão seguinte. É muito importante que os terapeutas estejam atentos no momento da contagem das fichas. Devem sempre reforçar verbalmente os comportamentos adequados de todas as crianças, mesmo das que receberem poucas fichas, dizendo que, na sessão seguinte, terão a chance de melhorar o desempenho se prestarem um pouco mais de atenção ou respeitarem mais as regras.

O tabuleiro deixa as crianças muito motivadas, contando as casas que têm andado e cooperando com as atividades das sessões. De acordo com o desempenho do grupo, o personagem mudará suas expressões conforme anda no tabuleiro. Em certas ocasiões, as crianças relatam que merecem as três fichas, independentemente do seu comportamento. Para lidar com tal situação, os terapeutas costumam contar a história do menino que dizia que um lobo atacava suas ovelhas, e sempre era mentira; quando o lobo realmente apareceu, ninguém acreditou, e o menino perdeu todas as ovelhas. Nas situações em que a história precisou ser contada, a maioria das crianças reagiu rapidamente a ela, avaliando o próprio desempenho de modo mais criterioso.

DESAFIOS DA INTERVENÇÃO: PSICOEDUCAÇÃO E TREINAMENTO

Atividades para a intervenção propriamente dita tendem a ser mais efetivas quando são mais

Material com direitos autorais

dinâmicas e envolvem o corpo (Muris, Meesters, & van Melick, 2002). Atividades em que os participantes devem fazer mímicas, andar pelo espaço e, principalmente, montar encenações teatrais são consideradas bem divertidas e envolvem a atenção e o empenho de todos. Ao atuar, passam a vivenciar, mesmo que de modo mais protegido, o tema que é psicoeducado e podem, no futuro, se sentir mais seguros para lidar com os problemas em seu cotidiano. As atividades discursivas são importantes para uma psicoeducação prévia e para avaliar o quanto estão apreendendo do conteúdo da sessão, mas elas, por si só, não são suficientes para que os jovens se empenhem e generalizem os exemplos para suas situações de vida. Da mesma forma, a dinâmica sozinha não é o bastante. Após a utilização de uma atividade mais lúdica, é recomendável o fechamento com "uma conversa" sobre a importância do que está sendo psicoeducado ou treinado.

Na prática com grupos infantojuvenis, alguns temas são, com frequência, foco de psicoeducação ou treinamento. Esses temas podem ser desafiadores, visto que envolvem certo grau de abstração a que os participantes não estão necessariamente acostumados. A seguir, são apresentadas formas utilizadas pelo LaPICC-USP, aprimoradas ao longo de cinco anos, na psicoeducação e no treinamento de emoções, modelo cognitivo/pensamentos e comportamentos.

DICAS DE ATIVIDADES RELACIONADAS A EMOÇÕES

Um conceito muito importante em qualquer processo terapêutico com crianças e adolescentes é o das emoções. No LaPICC-USP, as atividades utilizadas envolvem mímicas das emoções, uso do Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2011), desenho do corpo da criança em papel pardo e metáfora do vulcão da raiva (Stallard, 2004). A atividade de mímica costuma ser feita em conjunto com o jogo "Batata Quente". Todos sentam em roda enquanto um deles canta; a "batata quente" passa de mão em mão, quando o participante grita "queimou". O participante que estava segurando a "batata" sorteará uma emoção e, depois, terá de fazer uma mímica para que os membros do grupo adivinhem qual foi a emoção sorteada. Na sequência, quem fez a mímica passará a cantar "batata quente". Nessa atividade, podem ser utilizadas máscaras do personagem com as emoções; podem ser empregadas máscaras sem a boca e o nariz, para que a criança faça a expressão da emoção apenas com essas partes do rosto; pode ser usado o Baralho das Emoções, de Caminha e Caminha (2011), materiais que ajudam a aprender a expressar as emoções.

Antes do jogo da mímica, o Baralho das Emoções pode ser utilizado como um aquecimento na identificação de emoções. O terapeuta costuma mostrar a carta escondendo o nome da emoção e pedindo para que as crianças tentem adivinhar. Essa atividade exige que os terapeutas estejam preparados para lidar com maior empolgação e dispersão, já que os participantes ficam bem agitados com a tarefa.

A dinâmica do papel pardo consiste em desenhar o corpo da criança em um papel pardo, no qual pintará o local em que sente as emoções. Depois que todos pintarem, os terapeutas perguntam que emoções desenharam em cada parte do corpo e perguntam o porquê de as sentirem naquela região. A atividade auxilia as crianças a fazerem o exercício de prestar atenção em si mesmas e reconhecer quando determinada emoção predomina.

Esse exercício pode ser difícil para algumas delas, pois, às vezes, não é simples compreender

Material com direitos autorais

que um sentimento pode se expressar no corpo. A dinâmica costuma deixar as crianças mais compenetradas em pintar o próprio corpo e mais silenciosas. É possível que o terapeuta tenha que apressar algumas delas, que acabam querendo desenhar roupas, maquiagem e penteados, em vez de cumprir a atividade.

A metáfora do vulcão da raiva (Stallard, 2004) consiste na comparação de um vulcão que entra em erupção como uma emoção (raiva) que explode. É apresentado às crianças um vulcão em forma de desenho ou maquete. Ressalta-se o efeito cumulativo do vulcão, enchendo de lava até um ponto em que não tem mais controle e explode, acabando com a vida à sua volta. Da mesma forma, a raiva vai se acumulando dentro das pessoas e, se nada for feito para lidar com ela, alguém pode "explodir" e ofender um amigo que não sabia o que estava acontecendo. Em seguida, os participantes são estimulados a falar como perceberiam se o "seu vulcão" estivesse enchendo e o que fariam para não deixá-lo explodir. Podem ser ensinadas técnicas de relaxamento e serem feitos exercícios de desenhar o vulcão e os níveis da raiva como se fossem os níveis da lava.

O vulcão da raiva provoca reações interessantes. Alguns dizem que, em certas situações, acabam explodindo de raiva e, assim como o vulcão, machucam as pessoas que não têm culpa do acontecido. Outros dizem que o vulcão está sempre cheio. É comum que falem de vivências pessoais com familiares ou adultos violentos. Nessas ocasiões, é preciso acolher e reassegurar o participante, lembrando que, para algumas pessoas, o controle das emoções é muito difícil.

Uma emoção em particular tende a ser alvo de psicoeducação em muitas intervenções de promoção de saúde: a empatia. No LaPICC-USP, costuma-se instruir os participantes a formarem duplas. Nessas duplas, encenarão duas vezes a mesma situação, mas trocando de papel na segunda vez. Antes de começar, são instruídos a trocar os crachás com o nome. Assim, é perguntado a um deles o que gostaria que fosse feito a ele mesmo, visto que, por causa da troca de crachás, ele estará sendo representado pelo colega. Depois, repete-se a cena com o outro participante dizendo o que gostaria que fosse feito a ele.

DICAS DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO MODELO COGNITIVO

A psicoeducação do modelo cognitivo pode ser um desafio, dependendo da idade e da capacidade de abstração de crianças e adolescentes. Muitos confundem sentimentos com pensamentos, dizendo: "Pensei que fiquei triste". No LaPICC-USP, atividades que envolvem relacionar diferentes pensamentos, sentimentos e comportamentos do personagem ajudam a entender melhor o conceito.

Entretanto, os participantes, em geral, consideram a atividade monótona e se dispersam facilmente. Pode-se complementar a psicoeducação com outras atividades. Por exemplo, os terapeutas podem escrever em balões os pensamentos, em corações os sentimentos e em balões de ação os comportamentos que uma situação pode ocasionar. Além de imaginar quais balões podem ser ligados, os participantes devem interpretar as situações em duplas ou pequenos grupos. Isso é feito de modo que entendam que diferentes pensamentos estarão ligados a diferentes sentimentos e comportamentos, os quais poderão ser mais ou menos adaptativos. Em seguida, pode-se relacionar esse exercício com a resolução de problemas.

Outra atividade possível é a realização de um "telefone sem fio em voz alta". O terapeuta

Material com direitos autorais

começa dizendo em voz alta um pensamento em uma situação específica. O participante ao seu lado deve dizer um sentimento correspondente àquele pensamento. O membro seguinte deve indicar um comportamento correspondente. Por fim, o próximo indivíduo diz outro pensamento para a mesma situação. Essa atividade deve ser feita apenas se os terapeutas perceberem que todos entenderam bem a diferença entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. Caso contrário, os participantes tenderão a confundir os três conceitos e a atividade não cumprirá seu objetivo.

Seguindo as recomendações de Stallard (2004), transformam-se o pensamento, o sentimento e o comportamento em pessoas com características específicas. Nos grupos do LaPICC-USP, sugere-se às crianças que imaginem o pensamento como o técnico do time: aquele que decide qual será a melhor jogada, a melhor formação. O sentimento seria o torcedor: aquele que está sentindo, alegria ou tristeza com o desempenho do time. Por fim, o comportamento seria o jogador: aquele que executa as ordens do técnico e recebe o apoio da torcida, ou que desobedece ao técnico e pode acabar sendo recriminado pela torcida. A partir dessa explicação, podem ser realizados teatros que exemplifiquem as reações dos jogadores, dos técnicos e da torcida.

DICAS DE ATIVIDADES RELACIONADAS A COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS

Para a psicoeducação e o treino da assertividade, tem-se usado no LaPICC-USP a metáfora do semáforo. Psicoeduca-se por meio de teatros de fantoches ou de máscaras sobre os conceitos de agressividade, passividade e assertividade. A fim de ajudar os participantes a lembrar quais as reações mais adaptativas, faz-se um paralelo com as cores do semáforo:

- "Pare! Sinal vermelho para a agressividade!";
- "Atenção! Essa atitude não está me ajudando/resolvendo meu problema. Sinal amarelo para a passividade";
- "Continue assim! Sinal verde para a assertividade!".

Além disso, os participantes encenam as situações em que tiveram diferentes reações, devendo responder a qual cor do semáforo aquela reação corresponde. Pôde-se observar que as crianças, de maneira geral, independentemente da técnica utilizada para a psicoeducação, têm dificuldade em desvincular a passividade de um comportamento adequado, muitas vezes considerando-a como "ser paciente". Com a metáfora do semáforo, algumas delas fizeram relações com a cor, dizendo: "Nessa situação, é amarelo". Na maior parte das vezes, as crianças demonstram dificuldades de lembrar os nomes dessas palavras, mas evidenciam tê-las associado à cor do semáforo, talvez sugerindo que isso facilite a desvinculação da passividade como uma reação assertiva.

Com o intuito de deixar mais clara a relação entre as reações, solicita-se aos participantes que deem exemplos de situações pelas quais passaram e as encenem, pedindo que pensem em qual seria a reação assertiva. Também explica-se que a agressividade e a passividade são extremos entre reagir de modo exagerado e não reagir. Assim, a assertividade seria o meio-

Material com direitos autorais

termo e a reação mais adequada, em que ninguém sairia prejudicado.
Já houve grupos em que os participantes gostavam muito de músicas e de cantar. Considerando essa característica, os terapeutas elaboraram uma música que os ajudou a lembrar de cada uma das reações:

Quando bati no meu amigo
O meu amigo ficou mal
Fui agressivo, não foi legal
Por isso não vou mais fazer isso
O meu amigo não fez nada
Por isso ele não melhorou
Foi passivo, não ganhou nada
Ele deveria ser assertivo
Ser assertivo é que é legal
Você respeita o seu amigo
E também é respeitado e ninguém sai machucado.

Na última sessão, em que é feita a avaliação qualitativa, os participantes logo se lembraram da música e dos conceitos que haviam aprendido com ela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias e as sugestões mencionadas aqui têm auxiliado no manejo de crianças e adolescentes em grupos. Entretanto, é importante que os terapeutas tenham em mente que as técnicas, por si só, não são suficientes para um bom aproveitamento dos grupos, uma vez que seu sucesso resulta de uma complexa combinação de processo e técnica na situação grupal. É preciso que os terapeutas saibam o que é esperado da faixa etária com a qual trabalham e respeitem as diferenças. Ao contrário do manejo em grupo com adultos, as crianças e os adolescentes não têm a mesma capacidade de reflexão e de abstração. Nesse sentido, o trabalho com a população infantojuvenil deve envolver o uso da criatividade, de forma que os conteúdos possam ser transmitidos de maneira que os alcancem.
Também, diferentemente dos adultos, a população infantojuvenil tende a não ter a mesma disciplina de se manter sentada e em silêncio enquanto os terapeutas falam. Diversas vezes, é preciso retomar as regras e repetir o que foi dito, sem perder a paciência. É importante que os terapeutas lembrem que esse é o funcionamento esperado de crianças e adolescentes, e não uma afronta ou um sinal de que o grupo não está andando bem. Os terapeutas deverão, ao longo de sua experiência, aprender a discernir quando os jovens precisarão de uma intervenção mais diretiva no comportamento de dispersão ou quando uma breve referência às regras e aos objetivos do grupo é suficiente.
Como recurso final e pressuposto fundamental da TCCG, o processo terapêutico deve ser feito de forma colaborativa (Beck, 2013). O contato com os participantes deve ser contínuo, e todos os aspectos abordados na intervenção podem ser assunto para uma conversa ou intervenção. Assim, principalmente os adolescentes tendem a valorizar muito o fato de suas opiniões serem consideradas pelos terapeutas diante do grupo, o que permite o exercício das

Material com direitos autorais

habilidades sociais e da manutenção do processo terapêutico. Essa relação dinâmica possibilita acessar padrões de interação emocional, comportamental e cognitiva e, por si só, reestruturá-los.

O trabalho com crianças e adolescentes requer paciência, criatividade e compreensão por parte dos terapeutas. Investir na aprendizagem de ser um terapeuta de grupo para a população infantojuvenil é um desafio do qual um terapeuta em TCCG não deveria se furtar, pois, em nossa experiência, tornar-se terapeuta de grupo é recompensador, tanto na esfera profissional quanto na esfera pessoal.

REFERÊNCIAS

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bieling, P. J., McCabe R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em Grupos.* Porto Alegre: Artmed.

Bolsoni-Silva, A. T., Villas Boas, A. C. V. B., Leme, V. B. R., & Silveira, F. F. (2010). Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 62*(1), 104-118.

Bonfati, A. L., Souza, M. A. M., & Wainer, R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental em grupos para crianças. In N. M. Piccoloto, R. Wainer, & L. Piccoloto (Orgs.), *Tópicos especiais em terapia cognitivo-comportamental.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brown, C. S., Alabi, B. O., Huynh, V. W., & Masten, C. L. (2011). Ethnicity and gender in late childhood and early adolescence: Group identity and awareess of bias. *Developmental Psychology, 47*(2), 463-471.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: Acessando a criança no trabalho clínico* (4. ed.). Porto Alegre: Sinopsys.

Carrel, S. E. (2010). *Group exercise for adolescents: A manual for therapists, school counselors, and spiritual leaders* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Christner, R. W., Stewart, J., & Freeman, A. (Eds.) (2007). *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems.* New York: Routledge.

Curry, J. F., Wells, K. C., Lochman, J. E., Craighead, W. E., & Nagy, P. D. (2001). Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(4), 367-376.

Degner, J., & Dirk, W. (2010). Automatic prejudice in childhood and early adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(3), 356-374.

Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(2), 129-134.

Kley, H., Heinrichs, N., Bender, C., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 79-87.

Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behavior Therapy, 33*(1), 163-177.

Motta, K. A. M. B., Munari, D. B., Leal, M. L., Medeiros, M., & Nunes, F. C. (2007). As trilhas essenciais que fundamentam o processo de desenvolvimento da dinâmica grupal. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 9*(1), 229-241.

Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

apontam que os termos prevenção e promoção são usados de forma complementar. Para corroborar essa visão, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) postula que os elementos de prevenção e promoção costumam estar presentes nos mesmos programas e estratégias, pois ambos têm como objetivo melhorar a saúde mental, mas devem ser entendidos como abordagens distintas, ainda que interligadas.

Lizuka e Barrett (2011) afirmam que os programas de prevenção têm sido desenvolvidos de três formas distintas no que se refere à população-alvo, são eles: programas indicados, programas seletivos e programas universais. Os programas indicados são destinados a crianças que já manifestam algum tipo de sintoma. Os programas seletivos enfocam 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 objetivam a prevenção de doenças mentais, que podem ou não já estar instaladas; o terceiro, por sua vez, enfatiza a promoção da saúde mental.

Wells e colaboradores (2003) apontam que um dos principais problemas associados a esses programas é a falta de padronização para verificar a eficácia entre os diferentes projetos. Assim, os autores sugerem que, no caso dos indicados e seletivos, sejam utilizados inventários e testes que mensurem os níveis de adoecimento. Para os programas universais, recomenda-se o emprego de instrumentos que verifiquem aspectos positivos da saúde mental, como inventários de assertividade e autoestima. Segundo Anastasi e Urbina (2000), os estudos iniciais sobre bem-estar infantil e adolescente empregavam instrumentos da população adulta, contrariando as orientações para a avaliação psicológica infantil. No Brasil, apesar da melhora na regulamentação dos instrumentos psicológicos pelo Conselho Federal de Psicologia, as ferramentas destinadas a crianças e adolescentes ainda são escassas.

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

Os programas de promoção de saúde mental, conforme apresentado, têm sido considerados um meio bastante eficaz para lidar com as demandas crescentes em saúde mental. Weisz e colaboradores (2005) ressaltam a importância de considerar o contexto quando se trata dos efeitos de um programa de intervenção. Os efeitos, mesmo que estatisticamente pequenos, podem ter impacto na saúde mental dos participantes.

Em uma análise qualitativa das metanálises estudadas, Weisz e colaboradores (2005) apontaram as principais estratégias encontradas em vários estudos analisados. Apesar de os programas estarem promovendo a saúde mental, ainda existem limitações a serem estudadas. Entre elas, destacam-se: os locais onde o grupo ocorre devem ser mais acessíveis aos participantes; há necessidade de explorar outros problemas significativos da infância e da adolescência, como transtornos alimentares e suicídio; deve-se investir em estratégias para manejar as comorbidades e as reincidências dos transtornos; é preciso aprimorar a identificação das intervenções. Quanto aos participantes, os autores propõem maior compreensão da família a que pertencem, da comunidade, da cultura e do nível socioeconômico. Dessa forma, recomenda-se uma investigação aprofundada dos resultados

Material com direitos autorais

dos programas de prevenção e promoção de saúde mental e o aumento da visibilidade e da aplicação prática desses programas para a sociedade.

Uma abordagem com representatividade na literatura para intervenções nessa população é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Esse enfoque apresenta intervenções eficazes no tratamento de transtornos como ansiedade e depressão na infância, pois atende a demandas atuais e preventivas, com formato estruturado e tempo limitado (Stallard, 2010). A TCC propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional influencia o humor e o comportamento dos indivíduos. De acordo com essa modalidade, a avaliação realista e a modificação do pensamento mantêm a melhora do humor e facilitam comportamentos mais adaptativos. Esse processo resulta na modificação de crenças disfuncionais básicas dos indivíduos. A TCC tem o objetivo de desenvolver a capacidade de identificar, desafiar e gerar pensamentos alternativos e mais adaptativos ao meio em que a criança está inserida (Stallard, 2007).

Com o desenvolvimento da TCC, vários pesquisadores têm se voltado para o estudo dessa abordagem em grupos – terapia cognitivo-comportamental em grupos (TCCG). Os pressupostos da 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 ou para cuidadores. Os grupos de psicoeducação oferecem informações psicológicas, ambientais e neurobiológicas sobre os sintomas ou as 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, visando ao apoio, à psicoeducação, à orientação para mudança e à prevenção de recaída (Neufeld, 2011).

Bonfati, Souza e Wainer (2008) ressaltam que o grupo facilita o contato das crianças entre si e auxilia no desenvolvimento do *insight*, proporciona oportunidades para o teste de realidade e para dar e receber *feedback*. Assim, possibilita que a criança construa um novo modelo interno para lidar com suas dificuldades existenciais e que ocorra o espelhamento emocional.

No que tange à prática clínica e às bases teóricas da TCC com crianças, tem-se a mesma fundamentação teórica das intervenções com adultos. Ambas se baseiam no pressuposto de que o comportamento visa à adaptação do indivíduo ao meio em que está inserido. Além disso, há a interação entre cognição, afeto e comportamento na busca por adaptação (Caminha & Caminha, 2007). Com base nesses pressupostos, diversos teóricos têm apresentado e testado intervenções embasadas em TCCG, propondo diferentes programas de promoção e/ou prevenção de saúde mental para crianças, dos quais alguns são apresentados a seguir.

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE HABILIDADES DE VIDA

As intervenções em habilidades para a vida (HV) objetivam desenvolver competências para um enfrentamento saudável frente às demandas cotidianas, como empatia, comunicação, autoconhecimento, manejo das emoções e do estresse, solução de problemas e tomada de

Material com direitos autorais

decisão. Os programas podem ser desenvolvidos em diferentes contextos e para diferentes idades. Entre eles incluem-se escolas, centros comunitários, unidades básicas de saúde e instituições. O conteúdo trabalhado deve se adequar às características da população envolvida. No caso das crianças, empregam-se recursos facilitadores para auxiliar o ensino das habilidades para a vida, como interação grupal, dramatização, jogos e discussões (Gorayeb, 2002).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) indica como desejável que os programas de saúde incluam intervenções de "habilidades de vida". Em uma revisão do conceito de saúde mental positiva, a Mental Health Foundation (2001) apontou que esse construto inclui autoconfiança, assertividade, empatia, desenvolvimento emocional, criatividade, intelectualidade, espiritualidade, capacidade de iniciar e manter relações de mútua satisfação pessoal, capacidade de resolução e aprendizado com os problemas da vida, saber desfrutar da solidão, divertir-se, rir de si mesmo e do mundo. Dessa forma, percebe-se que os construtos incluídos no conceito de HV são semelhantes ao de saúde mental positiva, o que mostra a importância dessas habilidades para um bom desenvolvimento da saúde mental da criança.

No interior do estado de São Paulo, o Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental da Universidade de São Paulo (LaPICC-USP) tem desenvolvido o PRHAVIDA, que consiste em um programa de promoção de habilidades de vida embasado na TCC com crianças (8 a 10 anos) e adolescentes (12 a 14 anos) (Neufeld, Daolio, Cassiano, Rossetto & Cavenage, 2014). O programa foi iniciado em 2009, porém ainda está em fase de teste e tem a mesma base e referencial teórico para ambas as populações. A diferença refere-se apenas à execução da estrutura, acontecendo em momentos distintos para cada faixa etária. Em grupos de promoção de saúde, a homogeneidade a ser observada é, principalmente, a faixa desenvolvimental. Nesse quesito, pode-se dizer que os grupos são homogêneos. No entanto, como outros aspectos de exclusão não são observados em termos de habilidades os grupos são heterogêneos. Os participantes são convidados em sala de aula, e solicita-se a autorização dos pais. Todos os interessados e autorizados fazem parte do grupo. Reforçando o caráter de promoção da saúde, o programa não estabelece critério de exclusão. O caráter heterogêneo do grupo acaba por ser um diferencial do programa em questão, pois há troca de experiência, vivência e modelação de comportamento entre participantes muito habilidosos e pouco habilidosos.

Um estudo desenvolvido por Nardi (2013) objetivou verificar os resultados imediatos obtidos no PRHAVIDA voltado para crianças. Participaram do estudo 22 crianças, com idades entre 8 e 10 anos, 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, Multidimensional Anxiety Scale for Children), Escala de Stress Infantil, Inventário de Depressão Infantil (CDI, Children's Depression Inventory) e Sistema Multimídia de Habilidades Sociais em Crianças. O estudo envolveu um delineamento quase experimental com aplicação dos instrumentos de avaliação antes e depois da intervenção, por meio de estatística não paramétrica. As análises dos resultados compreenderam a comparação do pré-teste com o pós-teste dos grupos e a categorização dos sintomas encontrados.

Com relação aos grupos, os resultados sugerem que ambos obtiveram melhora nos sintomas

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

vivências para o contexto de treinamento, possibilitando, para as crianças, diferentes tipos de desempenho social e, para o facilitador, meios propícios para análise e intervenção sobre tais desempenhos. Ressalta-se que esse método utiliza procedimentos cognitivo-comportamentais, como instrução, modelagem, modelação, ensaio comportamental, *feedback*, reforçamento, esvanecimento, relaxamento, reestruturação cognitiva e ensaio incidental. Apesar de ser um programa estruturado, há flexibilidade quanto aos aspectos relacionados à duração e à distribuição das sessões, o que dependerá da idade, do tipo de problema e dos recursos das crianças. Estima-se duração total de 30 horas.

PROGRAMAS DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Segundo Elias, Marturano e Motta-Oliveira (2012), são comuns, no contexto escolar, dificuldades de relacionamento entre as crianças e entre alunos e professores, podendo ser preocupante à medida que se torna uma condição de risco ao desenvolvimento infantil. Dessa forma, as condições conflituosas podem impactar de modo negativo na trajetória acadêmica e socioemocional da criança, bem como gerar problemas de comportamento. Em contrapartida, há uma associação positiva entre competência social e trajetórias favoráveis estimuladas por meio de propostas de prevenção de problemas de saúde mental na infância com base na aprendizagem socioemocional. Assim, os programas de resolução de problemas de comportamentos externalizantes focam aspectos de proteção de problemas da infância, possibilitando gerar ganhos em diversos domínios da vida da criança.

Um modelo experimental para avaliar a mediação de habilidades para a resolução de problemas e o ajustamento comportamental na pré-escola e no jardim de infância foi desenvolvido por Shure e Spivack (1980). O objetivo era verificar a hipótese de que algumas habilidades de resolução de problemas interpessoais poderiam mediar ou melhorar o funcionamento humano saudável e que seria possível determinar essas características em crianças de 4 e 5 anos. O estudo foi realizado em um período de dois anos, apenas com crianças negras, de ambos os sexos, que frequentavam centros de *day care*[NT] mantidos pelo governo. O programa consistia em um diário de jogos de 20 minutos e diálogos nos quais professores e alunos interagiam em pequenos grupos ao longo de um período de três meses. O mesmo programa foi realizado nas diferentes fases do estudo. O experimento contou com pré-teste e pós-teste e, em ambas as fases, foram utilizados os seguintes instrumentos: Preschool Interpersonal Problem Solving (PIPS) e What Happens Next Game (WHNG). Também foram utilizados dois materiais desenvolvidos para o estudo: um teste para as crianças identificarem relações de causa e efeito e uma avaliação de ajustamento de conduta. Os resultados apontaram que tanto as crianças que participaram do programa na pré-escola quanto no jardim de infância aumentaram suas capacidades de resolução de problemas interpessoais e melhoraram sua capacidade de adaptação social.

Com a sistematização do programa, Shure (1992) propôs o Interpersonal Child Problem Solving (ICPS), ou I Can Problem Solve, que auxilia as crianças a aumentar sua capacidade de resolução de problemas. No Brasil, foi adaptado por Borges e Marturano (2002) para Eu Posso Resolver Problemas (EPRP). O programa foi adaptado para realidade brasileira com o objetivo de desenvolver e melhorar as relações das crianças em situações de conflitos

Material com direitos autorais

interpessoais. No treinamento do EPRP, elas aprendem a perceber os sentimentos dos outros e delas mesmas, treinam o pensar em soluções alternativas para os problemas e nas consequências de cada solução (Elias et al., 2012).

Borges e Marturano (2002) realizaram o estudo para verificar a eficácia do programa em uma escola do interior do estado de São Paulo, do qual participaram 55 alunos do 1º ano do ensino fundamental, distribuídos em grupo-intervenção e grupo-comparação. O principal objetivo desse trabalho foi comparar as habilidades cognitivas de solução de problemas interpessoais antes e depois da aplicação do programa. Os instrumentos utilizados foram o PIPS e o diário de campo realizado pela professora. Efetivou-se um delineamento de comparação entre os grupos com medidas antes e após a intervenção, demonstrando um efeito significativo associado ao fator grupo. O grupo-intervenção pontuou uma média mais alta de respostas relevantes. O estudo não detectou diferença entre os sexos. Os resultados das análises das classes de respostas apontam que o programa, o estilo de pensar e o conteúdo das respostas não estão dissociados do estilo cognitivo.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO ESTRESSE

Um assunto de inegável relevância é o estresse infantil. Trata-se de uma disfunção do organismo como forma de reagir a algum evento estressor que, para as crianças, podem ser situações difíceis, como morte de familiares, mudança de cidade ou de 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, apresentações, *shows* infantis, peças de teatro, entre outros. O estresse, em si, não é uma doença, mas enfraquece o organismo, deixando-o suscetível ao aparecimento de outros quadros de adoecimento psicológico ou físico (Lipp, 2005).

Com o passar dos anos e com o desenvolvimento social, afetivo e emocional, as crianças se deparam com inúmeras situações diferentes, positivas e negativas, que requerem recursos para enfrentá-las. Muitas vezes, podem não estar preparadas para a resolução desses conflitos, desenvolvendo sinais físicos e psicológicos de estresse. Nesse sentido, é necessário que os pais ou os responsáveis percebam esses sinais e auxiliem a criança a enfrentar as situações adversas da vida ou a procurar auxílio especializado para tal. Quando a criança não aprende a lidar com o estresse, nem com as situações que o desencadeiam, poderá tornar-se um adulto com menos recursos de enfrentamento, ficando, assim, mais frágil e suscetível às enfermidades e às adversidades da vida (Lipp, Arantes, Buriti, & Witzig, 2002). Destacam-se, ainda, a necessidade e a importância de se desenvolverem programas de prevenção do estresse dentro da escola, onde é viável aprender a ser resistente com os estressores da vida, bem como o papel pioneiro que elas podem ter no estabelecimento de programas preventivos de estresse.

Um programa de prevenção do estresse foi desenvolvido por Hains e Ellmann (1994), o Stress Inoculation Training I, cujo objetivo era reduzir as emoções negativas e os problemas psicológicos associados ao estresse. Após a participação das 13 sessões do programa, em que se trabalharam reestruturação cognitiva, resolução de problemas e manejo de ansiedade, os participantes relataram melhora nos sintomas ansiosos e depressivos. Tal resultado condiz com o objetivo do estudo de redução de problemas psicológicos associados ao estresse.

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

resolução de problemas (Barrett & Pahl, 2006).

Na faixa etária dos jovens, o programa de intervenções FRIENDS alcança as idades de 4 a 6 anos com o FUN FRIENDS e dos 7 aos 18 com o FRIENDS FOR LIFE. Barrett e Pahl (2006) orientam que o programa pode ser realizado com grupos grandes ou pequenos. As matérias apresentadas às crianças devem ser lúdicas, por meio de livros, dramatizações, jogos, debates, exercícios e testes. No início de cada programa, pais ou cuidadores são chamados para uma sessão de psicoeducação, quando é apresentado a eles o modelo cognitivo do programa, o conteúdo programático e as habilidades que serão aprendidas. Stallard (2007) ressalta, ainda, a importância de que sejam produzidos materiais com as crianças para que elas percebam a possibilidade de interagir com as próprias vidas de forma mais concreta.

Barrett, Sonderegger e Xenos (2003) acompanharam 692 crianças por três anos no programa FRIENDS e em outros grupos de acompanhamento. O grupo participante demonstrou maior redução dos níveis de ansiedade e depressão. Houve também a evidência de um efeito preventivo, com um número significativamente maior de crianças no programa classificadas como de alto risco para transtorno emocional em um *follow-up* de três anos, em comparação com aquelas que participaram apenas de grupos de acompanhamento. Relacionando-se crianças de 9 a 10 anos com adolescentes de 14 a 16 que participaram do programa, houve melhor resultado na redução de ansiedade e depressão no grupo mais jovem. Os autores concluíram que ações preventivas na infância surtem mais efeitos do que quando feitas na adolescência. Os resultados desses estudos fizeram o FRIENDS ser considerado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) o único programa baseado em evidências eficaz em todos os níveis de intervenção para ansiedade em crianças.

Outro programa desenvolvido para a prevenção e a redução da ansiedade em crianças é o Coping Cat Program, que consiste em uma intervenção em TCC que auxilia crianças e adolescentes de 8 a 13 anos a reconhecer e a analisar seu sentimento de ansiedade e a desenvolver estratégias de enfrentamento para situações provocadoras de ansiedade. Esse programa é centrado em quatro componentes: reconhecimento de sentimentos e reações físicas da ansiedade; esclarecimento de sentimentos em situações provocadoras de ansiedade; desenvolvimento de um plano de enfrentamento; e avaliação do desempenho e administração de autorreforço (Kendall, 1990).

Na versão individual, o programa consiste em 16 sessões, com dois grandes objetivos, divididos em duas etapas distintas e complementares: a psicoeducação e a prática. A primeira é composta pelo uso do acróstico da palavra MEDO e ensina a reconhecer os sinais físicos associados à ansiedade, a identificar os processos cognitivos relacionados à ansiedade excessiva, a manejar a ansiedade por meio da modificação de pensamentos catastróficos em pensamentos e atitudes de enfretamento e a promover o autorreforço. A etapa da prática consiste na aplicação do acróstico com a exposição graduada a situações que as crianças consideram ansiogênicas. Ressalta-se que esse recurso terapêutico do acróstico MEDO foi traduzido pela equipe do Programa de Ansiedade do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AMBULANSIA, IPq-USP), que adaptou e testou os resultados do programa no Brasil (Gauy, 2011). Kendall (1994) mensurou a eficácia desse protocolo com 47 crianças de 9 a 13 anos. Constatou que 42% dos participantes e apenas 5% da lista de espera apresentaram redução clinicamente significativa da ansiedade, e os ganhos foram mantidos

Material com direitos autorais

no *follow-up* de 12 meses.

Flannery-Schroeder e Kendall (1996) publicaram a versão grupal do Coping Cat, que conta com 18 sessões, seguindo o mesmo protocolo da versão individual. Em 1999, Mendlowitz e colaboradores adaptaram e validaram o Coping Cat no Canadá. Nesse estudo, nomeado Coping Bear, foram envolvidas 68 crianças de 7 a 12 anos. Ao final da intervenção, as crianças apresentaram melhores resultados tanto para ansiedade como para depressão, em comparação com o grupo de lista de espera. A partir disso, vários estudos utilizaram esse programa, sendo também adaptado e validado na Austrália, denominado de Coping Koala.

PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DA 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 1980, com o avanço das abordagens cognitivistas e interpessoais. A depressão infantil apresenta índices próximos a 2% em idade pré-escolar e, em idade escolar, esse percentual sobe para 5%. Na infância, é uma condição mais comum em meninos do que em meninas. O diagnóstico da depressão infantil ainda é bastante novo e controverso, mas seus sintomas mais comuns são: humor irritável, agressividade, perda de interesse em atividades antes prazerosas, desesperança, agitação, lentidão, insônia ou hipersonia, fadiga, isolamento, perda de energia e de peso, dificuldade de concentração e queda no rendimento escolar (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Em uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, Calear e Christensen (2010) referiram ter encontrado 42 estudos controlados, sendo 28 deles programas de intervenção para prevenção de depressão na infância e na adolescência. Os autores apontam que, dos 42 estudos, 23 (55%) eram programas universais, três (7%) excluíram os participantes com níveis elevados de depressão, 10 (24%) eram programas indicados e seis (14%) eram programas seletivos, que abordavam assuntos como divórcio dos pais, aspectos culturais, problemas de comportamento e questões de personalidade. A maioria dos programas (76%) tinha como abordagem teórica a TCC; 17%, uma abordagem psicoeducativa; e 9%, uma abordagem interpessoal. Segundo os autores, 18 estudos que utilizaram TCC (56%) evidenciaram redução significativa dos sintomas depressivos. Com efeitos pequenos (0,21) a grandes (1,40), os estudos podem ter sido influenciados por muitos fatores no que se refere aos índices de redução da sintomatologia depressiva, tais como tipo da intervenção (universal ou indicada), profissional que aplica (professor ou outros) e comparação com um grupo-controle. Ao que parece, os programas indicados têm sido mais eficazes do que os programas seletivos ou universais para essa população.

Em um estudo experimental sobre prevenção de ansiedade e sintomatologia depressiva na infância, Lowry-Webster, Barrett e Dadds (2001) descreveram o desenvolvimento e os resultados preliminares de um projeto com 594 crianças e adolescentes em idades de 10 a 13 anos. Os instrumentos utilizados foram: Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) e Children's Depression Inventory (CDI). Os dados evidenciaram que, após 10 sessões do programa FRIENDS, os resultados obtidos no pós-teste para os grupos que receberam intervenção foram significativamente menores do que no pós-teste dos participantes que estavam em lista de espera. Além disso, na avaliação

Material com direitos autorais

sobre a eficácia do programa para participantes que apresentavam níveis clínicos dessa sintomatologia, os benefícios foram ainda maiores, já que 75,3% das crianças no grupo de intervenção que estavam em situação de risco deixaram de apresentar escores elevados após a intervenção. Também foi realizado o *follow-up* dos resultados e constatou-se que os ganhos se mantiveram após 12 meses do término das intervenções. Além disso, 85% das crianças dos grupos de intervenção apresentaram-se acima da linha de corte para os diagnósticos de depressão e ansiedade, em comparação com 31,2% daquelas do grupo-controle (Lowry-Webster, Barrett, & Lock, 2003).

Em uma revisão sistemática com metanálise, Horowitz e Garber (2006) incluíram 30 estudos que objetivaram identificar programas de prevenção de sintomas de depressão. Como resultado, constataram que programas seletivos foram mais eficazes do que universais imediatamente após a intervenção e que tanto os programas seletivos quanto os indicativos foram mais eficazes do que os universais no seguimento. Ainda nesse estudo, os autores sugeriram a necessidade de novas pesquisas que incluam testagem de potenciais moderadores, como idade, gênero, ansiedade e depressão parental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de prevenção e promoção de saúde constituem um assunto relativamente novo para a psicologia. Os conceitos de promoção de saúde mental e prevenção de doenças mentais permanecem difusamente definidos, o que torna os programas também de difícil compreensão. Este capítulo buscou esclarecer essas concepções e mostrar os programas de prevenção de mais fácil acesso ao público e os mais recorrentes na literatura, bem como estudos que testaram sua eficácia.

Tomando como ponto de partida que aprendemos na infância e desenvolvemos durante a nossa vida o modo como entendemos a nós mesmos, aos outros e ao mundo a nossa volta, torna-se justificável e necessário que essas primeiras interpretações sejam guiadas a tornar a criança (e posteriormente o adulto) mais realista e funcional no ambiente em que está inserida. É com o objetivo de facilitar o desenvolvimento, a interação saudável e as - habilidades de vida entre a criança e seu ambiente que os programas de promoção e prevenção de saúde mental têm se destacado.

Com base nos resultados encontrados na literatura, essa área de estudo tem se apresentado como um campo fértil para novas pesquisas que estejam comprometidas com o método científico, provendo, assim, a comunidade científica com um programa que possa atuar como minimizador dos níveis de adoecimento tanto na infância quanto na vida adulta. Dessa forma, espera-se que os programas de prevenção e promoção de saúde apresentados neste capítulo sirvam como fonte de ideias para a inclusão de práticas de promoção de saúde mental, tanto no contexto clínico como em instituições, com ganhos em diversas áreas da vida da criança, contribuindo para seu desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

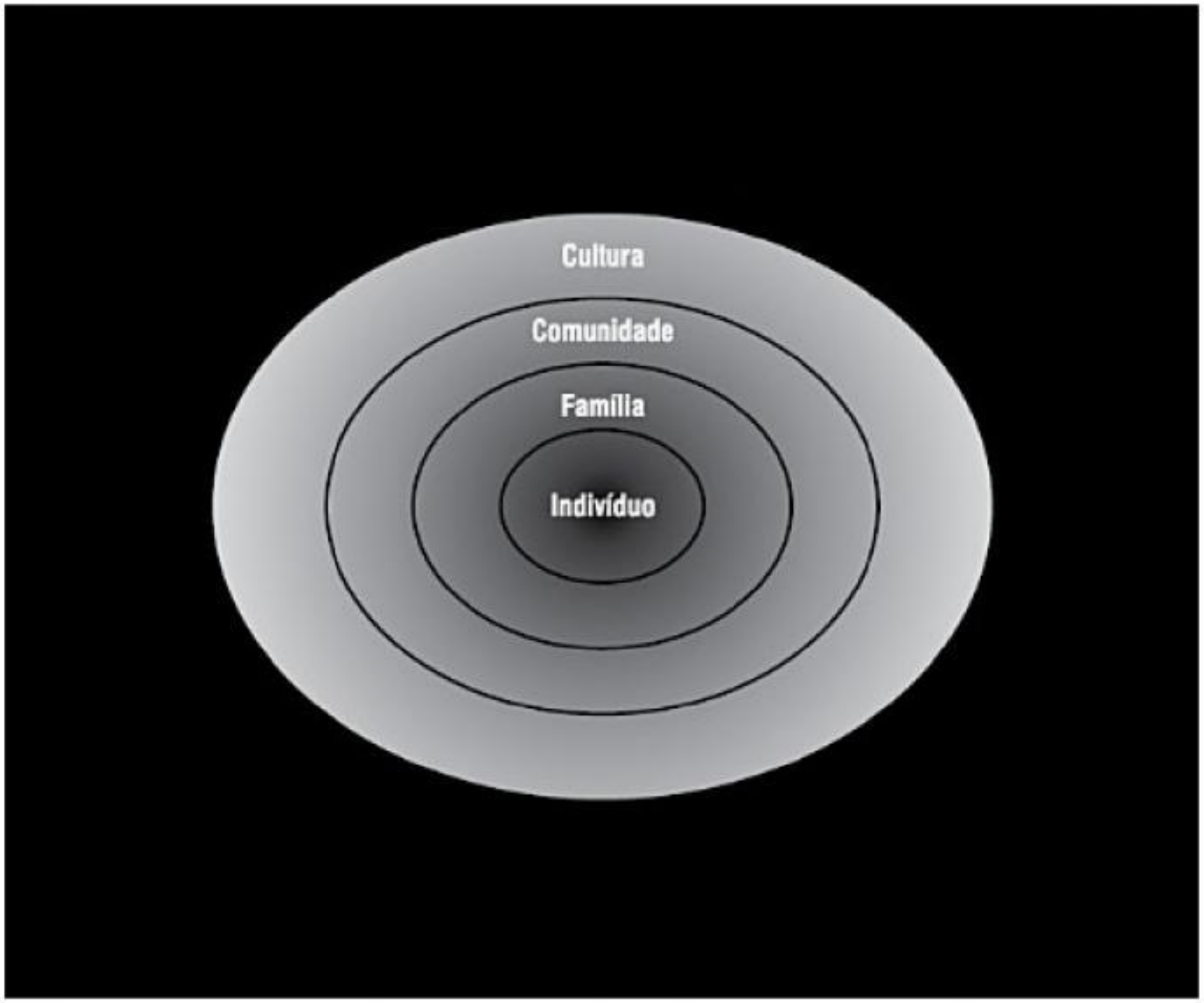


Figura 3.1

MODELO INTEGRATIVO ENTRE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO.
Fonte: Murta e Barletta (no prelo).

Segundo Aguiar, Bock e Ozella (2001), a promoção de saúde deve ser compreendida em um contexto amplo, levando em consideração os aspectos socioculturais, proporcionando condições adequadas de vida e de relações saudáveis. Para esses autores, "... promover saúde significa trabalhar para ampliar a consciência que o indivíduo tem sobre a realidade que o cerca, instrumentando-o para agir, no sentido de transformar e resolver as dificuldades que essa realidade lhe apresenta..." (Aguiar et al., 2001, p. 172). Promover a saúde de adolescentes e jovens supõe, portanto, encorajar a responsabilidade de indivíduos, famílias, organizações ou comunidades sobre a saúde, por meio da partilha de informações, habilidades e instrumentos que facilitem a adoção de comportamentos, atitudes, práticas e políticas favorecedoras da saúde.

SAÚDE MENTAL, PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA POSITIVA

O conceito de saúde mental tem sido alvo de revisões. A ele têm sido agregadas

Material com direitos autorais

características positivas, respaldadas em estudos sobre bem-estar (Keyes, 2007), autonomia, esperança, felicidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e sentido da vida (Frankl, 2008). Tais características associadas à saúde mental incluem, conforme proposto por Keyes (2007), as emoções positivas (p. ex., entusiasmo, calma, esperança e interesse pela vida), a qualidade de vida percebida (p. ex., satisfação com os vários domínios da vida), o funcionamento psicológico positivo (p. ex., atribuição de sentido à vida, autoaceitação, busca de crescimento pessoal, autonomia e relações interpessoais gratificantes) e o funcionamento social positivo (p. ex., reconhecimento e valorização das diferenças humanas, senso de pertencimento a grupos e comunidades, autoatribuição de responsabilidade social e crença no potencial de crescimento de pessoas, grupos e comunidades). Nessa perspectiva, saúde mental não é sinônimo de não ter um transtorno mental, mas gozar de um funcionamento social e psicológico positivo e perceber que tem qualidade de vida.

Coerentemente com essa visão, a Organização Mundial da Saúde preconiza que a saúde mental (1) é mais do que a ausência de doença mental, (2) é parte integrante da saúde e (3) relaciona-se com a saúde física e o comportamento (World Health Organization [WHO], 2004a). Para promover saúde mental é preciso levar em consideração a saúde como um valor em si mesmo e um direito humano básico, necessário ao desenvolvimento social e econômico. Isso implica a criação de condições individuais sociais e ambientais que impactam sobre determinantes da saúde mental (OMS, 1997). A promoção de saúde mental vai muito além da prevenção de transtornos mentais. Busca oportunizar iniciativas que envolvam os indivíduos no processo de conquista de uma saúde mental positiva (WHO, 2004b).

Nesse aspecto, a psicologia positiva tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento de ações de promoção de bem-estar. Estudos vêm fomentando um interesse crescente por intervenções que promovam forças e potencialidades do indivíduo. Para Seligman e Csikszentmihalyi (2000), a psicologia não precisa restringir sua atenção a ações para a reparação do que está errado. Uma de suas missões é fortalecer o que está bom, promovendo o desenvolvimento de aspectos virtuosos no ser humano. Dessa forma, ela atende ao que se entende por promoção de saúde, em seu sentido mais amplo.

Na história da ciência psicológica, podemos observar trabalhos como os de Abraham Maslow, Carl Rogers e Viktor Frankl como precursores da abordagem aos aspectos salutogênicos da natureza humana. Martin Seligman, enquanto presidente da American Psychological Association (APA), foi responsável pelo início do movimento denominado psicologia positiva. Segundo ele, era necessário investir em estudos com rigor metodológico que focassem aspectos positivos da experiência humana, como felicidade, esperança, criatividade, gratidão, espiritualidade e otimismo. A aplicação de tal conhecimento para potencializar forças e virtudes no ser humano constitui uma importante derivação desse movimento (Seligman, 2011).

No Brasil, as pesquisas com essa ênfase vêm ganhando espaço. Apesar de não ser possível estabelecer seu início, construtos abordados pela psicologia positiva têm sido objeto de estudos nacionais desde 1996. Estudos de adaptação e validação de instrumentos são desenvolvidos em núcleos como o Laboratório de Mensuração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Pacico & Bastianello, 2014), ampliando o conhecimento em avaliação e facilitando a investigação dos efeitos das intervenções. Contudo, estudos nacionais de avaliação de intervenções baseadas em construtos da psicologia positiva parecem ser ainda

Material com direitos autorais

em pequeno número. De forma geral, a psicologia positiva está interessada na promoção de saúde mental, na medida em que focaliza seus esforços para a diminuição do sofrimento e para o aumento do bem-estar subjetivo (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005), assim como de virtudes e competências capazes de atuar como fatores de proteção para a saúde mental. Há, portanto, um amplo campo de investigação e prática profissional a ser explorado.

INTERVENÇÕES EM GRUPO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES E JOVENS

As intervenções de promoção de saúde mental voltadas para o indivíduo embasadas em psicologia positiva centram-se no desenvolvimento de emoções positivas, como gratidão; na qualidade de vida percebida, como satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo; e no funcionamento psicológico positivo, como autoestima e autoeficácia. Para o público adolescente, as intervenções mais comumente descritas na literatura são oferecidas em formato grupal e abordam a promoção de empatia, otimismo, habilidades de vida e sentido da vida, como descrito a seguir.

EMPATIA

A empatia tem sido objeto de estudo em vários campos da psicologia. Ela desempenha um papel importante na promoção do ajuste psicológico e social de adolescentes e jovens e pode ser entendida como uma resposta emocional derivada da percepção, da compreensão e da aceitação do estado ou da condição do outro. A atitude empática em relação ao outro diz respeito à capacidade de experienciar e expressar tanto emoções positivas quanto negativas (Cecconello & Koller, 2000).

Um programa visando ao desenvolvimento da empatia como prevenção à agressão entre pares adolescentes foi realizado por Castillo, Salguero, Fernández-Berrocal e Balluerka (2013). Participaram do estudo 590 adolescentes (46% meninos e 54% meninas), com idades entre 11 e 17 anos, de oito escolas públicas localizadas em três cidades espanholas. Dessa amostra, 361 estudantes compuseram o grupo experimental e 229 o grupo-controle. Tratou-se de um estudo quase experimental, com pré-teste e pós-teste. Ao grupo experimental, foi oferecido o programa ITEMO, que consiste em um treinamento desenvolvido em 12 sessões de uma hora, em um período de dois anos acadêmicos. O objetivo principal do treinamento foi realçar as capacidades de: (1) percepção clara, avaliação e expressão de emoções; (2) consciência dos sentimentos e capacidade de gerar emoções para facilitar o pensamento; (3) compreensão de emoções, inclusive a capacidade de nomeá-las de forma adequada; e (4) regulação de emoções para fomentar o crescimento emocional e intelectual. Na avaliação, adotaram-se questionários sobre agressividade e empatia. Os resultados mostraram aumento na promoção de respostas empáticas, levando à diminuição da agressividade entre adolescentes. Na Tabela 3.1 estão descritos exemplos adicionais de programas de promoção da empatia.

TABELA **3.1** ESTUDOS DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA EMPATIA

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

problemas (WHO, 1997).

Murta e colaboradores (2013) conduziram uma intervenção com o objetivo de promover habilidades de vida e direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes. Utilizaram um delineamento quase experimental, com avaliações pré-teste e pós-teste e *follow-up* de cinco meses, com uma população de 60 estudantes da 1ª série do ensino médio. Os participantes foram divididos em dois grupos: experimental (N = 27) e controle (N = 33). O grupo na condição experimental foi submetido a uma intervenção de sete encontros semanais, com duração de 80 minutos. Fizeram parte do conteúdo as seguintes temáticas: (1) tomada de decisão em contextos de interação afetivo-sexual; (2) reconhecimento de relações de namoro abusivas e saudáveis; (3) comunicação assertiva e enfrentamento à violência no namoro; (4) anticoncepção, papéis de gênero, direitos sexuais e reprodutivos; (5) manejo de emoções e empoderamento. Na avaliação, foram utilizados questionários de interesse e de avaliação de impacto, formulário para avaliação da dose recebida e uma técnica de sentenças incompletas para avaliação de crenças sexistas e homofóbicas e intenção de enfrentamento à violência no namoro. Os resultados apontaram decréscimo acentuado em respostas sexistas hostis, aumento em respostas sexistas benévolas e diminuição de respostas homofóbicas explícitas no grupo experimental, contrapondo-se ao observado no grupo-controle. Outros programas de promoção de habilidades de vida são apresentados na Tabela 3.3.

TABELA **3.3** ESTUDOS DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DE HABILIDADES DE VIDA

Programa de habilidades de vida (Murta et al., 2009)	Nº de participantes	18 adolescentes
	Condição promovida	Habilidades de vida
	Formato	16 sessões semanais, com 90 minutos de duração cada, ao longo de cinco meses, com *follow-up* de um ano
	Conteúdo do programa	Autoconceito, autoeficácia, riscos para o crescimento pessoal e riscos vazios; relações entre crenças, emoções e comportamento; comunicação assertiva; empatia; resolução de problemas; enfrentamento ao estresse; tomada de decisão; pensamento crítico e riscos à saúde associados ao gênero; *locus* de controle interno e saúde; rede de apoio social e prevenção de recaída
	Resultados	Os resultados apontaram para a ocorrência de metas intermediárias propostas pelo programa, como autorrevelação de problemas e mudanças positivas em seus desempenhos, identificação das causas de seus comportamentos, apoio social e manifestação de sentimentos, aumentando o repertório de habilidades dos adolescentes. O *follow-up* atestou a manutenção de algumas habilidades, confirmado pelos pais dos adolescentes
Equipe contra a aids	Nº de	2.064 adolescentes (1.107 no grupo experimental e 957 no grupo-controle)

Material com direitos autorais

(Givaudan, Van de Vijver, Poortinga, Leenen, & Pick, 2007)	participantes	
	Condição promovida	Habilidades de vida para prevenção do HIV
	Formato	15 sessões semanais, com duração de duas horas cada
	Conteúdo do programa	Sexualidade; normas e valores; informações sobre HIV/aids; sexo seguro; orientação sexual; habilidades de vida e educação sexual
	Resultados	O grupo experimental apresentou melhoras significativas em todas as variáveis pós-intervenção. Além do aumento no conhecimento sobre HIV/aids, houve melhora na atitude em relação ao uso do preservativo

SENTIDO DA VIDA

Frankl (2008) compreende que a motivação primária do ser humano é a busca de sentido e que ele poderá adoecer psiquicamente quando não encontra uma razão para viver. Dessa forma, o sentido na vida é concebido como principal fator de sobrevivência e realização humana, capacitando o indivíduo a superar e a enfrentar situações estressantes. A busca pelo sentido na vida pode ser entendida, então, como a mola propulsora do existir humano e o principal fator de proteção à saúde (Frankl, 2003; Lukas, 1990). Segundo Aquino, Silva, Figueirêdo, Dourado e Farias (2011), em geral, na adolescência, é comum surgirem sentimentos de desesperança por falta de perspectivas para o futuro, como se a vida estivesse sem sentido. Por isso, a discussão sobre o sentido da vida pode constituir um fator de proteção, prevenindo o vazio existencial e promovendo competências na busca por novos valores e significados.

Aquino e colaboradores (2011) realizaram uma intervenção para uma população não clínica composta por 33 adolescentes, com idades entre 14 e 18 anos, de uma escola da rede pública de ensino de Campina Grande-PB. O objetivo da proposta era aumentar a sensação de sentido da vida. O delineamento do estudo foi quase experimental, com aplicação de pré-teste e pós-teste. Para o grupo experimental, foi oferecida uma intervenção composta de 15 encontros semanais, de 45 minutos cada. Por meio de parábolas e fábulas e com base em uma relação dialógica, trabalharam-se os seguintes temas: (1) dimensão do espírito humano; (2) vontade de sentido; (3) liberdade e responsabilidade; (4) autotranscendência; (5) conformismo e totalitarismo; (6) descoberta de nosso valor como ser humano; (7) encontrar sentido em situações-limite; (8) dizer sim à vida apesar de tudo; (9) suprassentido; (10) descoberta de sentido; e (11) projeto de vida. Na avaliação, foi utilizada uma escala que mede o construto sentido da vida em suas graduações: níveis de vazio existencial e realização do sentido da vida. Os resultados indicaram aumento significativo da sensação de sentido na vida, bem como diminuição nos níveis de desespero e de vazio existencial entre os participantes do grupo experimental. Exemplos de programas focados na promoção do sentido da vida estão expostos na Tabela 3.4.

Material com direitos autorais

TABELA **3.4** ESTUDOS DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO SENTIDO DA VIDA

Treinamento em logoterapia (Kang et al., 2009)	Nº de participantes	29 adolescentes com diagnóstico de câncer (17 no grupo experimental e 12 no grupo-controle)
	Condição promovida	Sentido da vida
	Formato	Cinco sessões diárias, de 30 minutos, durante uma semana
	Conteúdo do programa	As três naturezas da mente humana; valores criativos; valores experienciais, valores atitudinais e "tornando-me o mestre da minha vida"
	Resultados	O programa de educação de logoterapia mostrou-se eficaz na assistência aos adolescentes com câncer, na busca de significação para suas vidas. O estudo apontou satisfação dos pacientes com o aumento no bem-estar psicológico e baixa sensação de desamparo
Treinamento de conceitos em logoterapia (Haditabar, Far, & Amani, 2013)	Nº de participantes	30 adolescentes (15 no grupo experimental e 15 no grupo-controle)
	Condição promovida	Sentido da vida
	Formato	Oito sessões de 90 minutos, a cada cinco dias, durante dois meses
	Conteúdo do programa	Técnicas específicas de logoterapia; intenção paradoxal, nº 13; derreflexão, nº 14; correção de atitudes; conscientização de valores e técnicas de convocação
	Resultados	Houve aumento nos escores de qualidade de vida dos participantes do grupo experimental no pós-teste

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES

O alcance de resultados positivos em programas preventivos ou de promoção de saúde mental está diretamente associado ao sucesso de sua implementação. A Figura 3.2 apresenta algumas dimensões apontadas por Berkel, Mauricio, Schoenfelder e Sandler (2011) que caracterizam um processo de implementação adequado. Tais aspectos dizem respeito tanto ao comportamento do facilitador (fidelidade, qualidade e adaptação) quanto ao comportamento do participante (responsividade).

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pesquisas sobre programas de TCC em grupo em contextos escolares dominam atualmente a literatura sobre TCC com crianças em idade escolar. O número crescente de programas em desenvolvimento abriu caminho para o passo seguinte na difusão de programas de sucesso para as escolas, na esperança de obter maior conhecimento sobre a necessidade e a viabilidade de sua implantação.

INDICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Esta seção condensa as pesquisas mais recentes sobre grupos de TCC em contextos escolares para crianças e adolescentes em importantes indicações e recomendações para o uso da abordagem em contextos escolares. São abordadas as implicações referentes ao uso de tais programas para reduzir a sintomatologia de saúde mental, bem como a realização e o treinamento de intervenções de TCC em grupo. Ainda, são identificadas lacunas específicas na literatura e discutidas as direções futuras para grupos de TCC para populações infantis e adolescentes.

A literatura atual apoia a utilização de grupos de TCC em contextos escolares para reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos, bem como mitigar elevações nos comportamentos agressivos (Kavanagh et al., 2009). No entanto, ainda existe uma escassez de evidências referentes à avaliação de longo prazo dos ganhos do tratamento com programas de TCC em contextos escolares (Stallard et al., 2007). São necessárias pesquisas de mais longo prazo para investigar a manutenção dos ganhos com o tratamento, bem como a eficácia das sessões de reforço (Kavanagh et al., 2009).

A maioria dos estudos se baseou na demonstração de que os grupos de TCC em contextos escolares reduzem a sintomatologia dos transtornos (Gillham et al., 2012). Além disso, as melhoras nos sintomas identificadas nos programas de grupo de TCC podem ser explicadas pela passagem do tempo (Stallard et al., 2007). É fundamental, para estudos futuros, o emprego de *designs* experimentais mais robustos, que incluam um grupo-controle de não intervenção e randomização (Stallard et al., 2007).

Outro aspecto que requer melhor avaliação é a investigação dos benefícios acadêmicos e sociais globais precipitados pelos programas de TCC em contextos escolares (Stallard et al., 2007). Além dos efeitos específicos de redução dos sintomas, tais programas estimulam o desempenho social e acadêmico (Stallard et al., 2007). Contudo, poucas intervenções em grupo de TCC em contextos escolares examinaram seu impacto usando medidas das quais o desempenho escolar depende, tais como notas, escores nos testes, assiduidade escolar e participação em sala de aula (Kavanagh et al., 2009; Ruffolo & Fischer, 2009). Sem pesquisas que mensurem esses efeitos potencialmente globais, há apenas especulações quanto ao impacto no funcionamento social e acadêmico abrangente. O crescimento do funcionamento universal dos alunos para além da redução dos sintomas precisa ser o objetivo de todos os centros de saúde baseados na escola.

Uma variedade de programas demonstrou que a escola e o pessoal profissional são treinados de modo adequado na administração de programas de TCC em grupo em contextos escolares, o que produz resultados clinicamente significativos no que diz respeito à redução dos sintomas (Kavanagh et al., 2009; Stallard et al., 2007). A literatura sugere que programas

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

As primeiras intervenções de TCC em grupo tendem a focar tarefas comportamentais. O treinamento em habilidades sociais é um componente básico em grupos em contextos escolares. É essencial que o treinamento em habilidades sociais seja feito experiencialmente. O ensino prático é preferível a procedimentos mais abstratos. Bierman (2004) apresentou inúmeros exercícios muito criativos para habilidades sociais que possibilitam a prática *in vivo*. Por exemplo, ela recomendou que o grupo montasse, em conjunto, uma mistura de ingredientes. Cada criança recebe um ingrediente (p. ex., passas, pedaços de chocolate, nozes, granola). No entanto, cada membro devia fazer uma mistura contendo todos os itens. Obviamente, os terapeutas deveriam checar quanto a alguma alergia potencial aos alimentos. Elas tinham que compartilhar seu item individual e pedir a um dos pares o ingrediente dele. Os terapeutas de grupo processaram a forma como as crianças compartilharam e pediram os itens.

Um procedimento ideal de reestruturação cognitiva em terapia em grupo em contextos escolares é Mudando a Sua Música (Changing Your Tune) (Friedberg et al., 2001). Ele está baseado na metáfora da letra de música que não sai da sua cabeça. A letra é como os pensamentos automáticos que estão sempre circulando na mente. O procedimento começa com o terapeuta escolhendo uma música popular com a respectiva letra. As crianças são instruídas a ouvi-la e a levantar a mão assim que identificarem a letra repetida. A seguir, elas ouvem a música novamente e cantam junto com a respectiva letra. Os terapeutas, então, perguntam ao grupo o que foi necessário para que completassem a tarefa com sucesso (p. ex., prestar atenção, procurar as palavras repetidas). Depois, os profissionais explicam as semelhanças entre prestar atenção a pensamentos significativos repetitivos e à letra da música que acabaram de ouvir.

A fase seguinte do procedimento dá às crianças a prática na mudança das músicas. Na fase da prática, são apresentados alguns pensamentos automáticos negativos, e as crianças são convidadas a tentar mudá-los. Por fim, depois que elas têm sucesso com a prática, são desafiadas a registrar suas próprias "músicas" na folha de exercícios e tentar mudá-las.

Outra técnica de reestruturação cognitiva foi inspirada pela Terapia de Reciclagem Infantil (Caminha & Caminha, 2011), procedimento que envolve escrever avaliações incorretas das crianças no Silly Putty™.[NT] O pensamento é escrito com um marcador à base d'água e, depois, a criança é convidada a puxar os cantos do Silly Putty. Essa ação as encoraja a, literalmente, esticarem seu pensamento. Além disso, quanto mais elas expandem, mais o pensamento distorcido perde clareza.

Thought Digger[NT] (Friedberg et al., 2001) é um procedimento analítico racional mais avançado, útil em grupos de TCC em contextos escolares. Ele ensina as crianças a se fazerem perguntas socráticas. O exercício é apresentado em três partes. Na primeira, 11 amostras de perguntas (p. ex., "Que coisas boas a meu respeito estou ignorando?", "Estou confundindo talvez com certamente?") são ensinadas aos membros do grupo. Na segunda, as crianças escolhem um tipo de pergunta "*thought digger*" para aplicar a seus pensamentos angustiantes. Finalmente, na parte três, elas constroem uma nova conclusão baseada nas perguntas elaboradas.

A força da aprendizagem experiencial não pode ser superestimada (Peterman et al., 2014, no prelo). Portanto, os grupos em contextos escolares devem incluir um experimento forte e um

Material com direitos autorais

componente de exposição, adaptados a cada membro do grupo que apresenta problemas. Por exemplo, Ellen era uma menina de 9 anos diagnosticada com transtorno de ansiedade social. Não é de admirar que ler em voz alta em aula fosse penoso para ela. Depois de adquirir inúmeras habilidades comportamentais e cognitivas de enfrentamento, ela estava pronta para exposição. O grupo era o contexto ideal para a prática comportamental, e várias exposições gradativas foram arquitetadas. Nos estágios iniciais, Ellen foi convidada a ler na frente do grupo, e os membros lhe deram um *feedback* relativamente positivo. Em tentativas posteriores, os membros do grupo foram treinados para lhe dar *feedback* negativo, para que Ellen ganhasse prática em lidar com seus temores de avaliação negativa.

Maurice apresentava problemas diferentes. Ele sofria de fraco controle dos impulsos, baixa tolerância à frustração e dificuldades em lidar com a raiva. Os desencadeadores comuns para ele eram não vencer nos jogos e esperar pela sua vez. Portanto, depois que Maurice passou pelos módulos precedentes, foram concebidos experimentos para testar sua capacidade para aplicar habilidades de enfrentamento. Por exemplo, em um jogo em grupo, Maurice foi escolhido por último. Ele foi treinado para manejar a elevação do seu nível de raiva aplicando suas habilidades de enfrentamento quando estava "fervendo" com sentimentos de raiva.

CONSIDERAÇÕES PARA O USO DE GRUPOS

Friedberg e Crosby (2001) esboçaram algumas considerações básicas para TCC em grupo em contextos escolares. Primeiro, é preciso que a atenção seja dirigida para a composição do grupo. Em geral, são preferíveis grupos homogêneos (p. ex., idade e diagnósticos semelhantes). No entanto, as complexidades do mundo real, muitas vezes, requerem grupos heterogêneos. Não causa surpresa que sejam necessárias habilidades mais sofisticadas de terapia em grupo quando se conduzem grupos heterogêneos.

Uma segunda questão básica é se o grupo é contínuo ou dispõe de tempo limitado. Em grupos com tempo limitado, existe um número predeterminado e uma sequência de intervenções. Um grupo contínuo não limita o número de sessões. Os grupos com tempo limitado têm adesão fechada, significando que todas as crianças entram e saem ao mesmo tempo. Não é acrescentado mais nenhum membro depois da primeira sessão. Portanto, a composição do grupo permanece a mesma ao longo do curso. Nos grupos contínuos, novos membros são incluídos regularmente e, por conseguinte, a composição do grupo varia consideravelmente durante o tratamento.

Uma terceira consideração elementar é o estabelecimento e a imposição de limites nas sessões de grupo. A proposição clara de limites reduz a ansiedade das crianças, além de aumentar a credibilidade e a confiabilidade no terapeuta. Uma boa estratégia é desenvolver as regras de forma colaborativa com os membros e afixá-las na sala para que as crianças possam lê-las com facilidade. Depois que essas normas estiverem estabelecidas, cabe aos líderes fazer com que sejam cumpridas.

Conforme Friedberg e colaboradores (2009), a TCC se torna mais complicada quando existe mais de uma pessoa além do terapeuta na sala. Na terapia em grupo, os clínicos precisam dividir sua atenção entre os membros. Eles devem não só observar a criança que está

Material com direitos autorais

falando, mas também aqueles indivíduos que estão respondendo. Como a exposição é pública e ocorre em um contexto social, as expressões de cognição, emoção e comportamento dos membros do grupo impactam todos os que se encontram na sala.

Os clínicos que planejam conduzir grupos de TCC em escolas precisam considerar cuidadosamente o tempo de duração da sessão, bem como quando o grupo é agendado. Sessões de duração mais curta provavelmente serão mais bem aceitas pelo pessoal da escola do que sessões mais longas. É importante lembrar que, quando é destinado um tempo para TCC em grupo, ele é subtraído do tempo acadêmico em sala de aula. Portanto, recomendamos grupos de tempo mais curto e focados, que podem ser realizados em períodos de 30 minutos. Os clínicos precisam colaborar com o pessoal da escola no agendamento das atividades. Os grupos de TCC devem ser realizados em algum momento do dia escolar que não interfira na sequência dos temas acadêmicos ou nas aulas.

Os profissionais também são aconselhados a trabalhar com os setores escolares para encontrar espaço apropriado para o trabalho em grupo. A maioria das escolas tem espaço restrito e um limite na oferta de salas adicionais para a realização de grupos. É importante encontrar um local que garanta privacidade e produza uma atmosfera confortável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os achados atuais sugerindo a profunda ineficácia do tratamento em contextos usuais de assistência, a mudança da atenção para a oferta de serviços em escolas é essencial (Garland et al., 2013). Os programas em contextos escolares respondem a barreiras significativas que, com frequência, desafiam as clínicas de saúde mental na comunidade. Além disso, os programas em grupo aumentam o acesso aos recursos e atingem um número maior de crianças quando oferecidos em escolas.

A proliferação de programas de TCC em grupo em contextos acadêmicos domina a literatura recente. As abordagens de TCC modularizada permitem flexibilidade, ao mesmo tempo em que mantêm a eficácia e a lealdade aos protocolos de tratamento. Essa capacidade para a individualização permite que os programas abordem uma grande variedade de transtornos de saúde mental em jovens, incluindo problemas externalizantes e internalizantes. Além disso, vários programas inovadores de TCC em grupo são empiricamente apoiados e bem equipados para enfrentar os desafios da implantação de serviços de saúde mental em escolas. Mesmo havendo avanços empolgantes na TCC em grupo para programas em contextos escolares, são necessárias pesquisas mais robustas. Os ganhos do tratamento a longo prazo, a eficácia dos protocolos de administração da equipe escolar e os benefícios acadêmicos irão garantir cuidados mais eficientes para crianças em contextos escolares.

REFERÊNCIAS

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1990). *Introduction to psychology* (10th ed.). San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic.

Material com direitos autorais

Bierman, K. L. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York: Guilford.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.

Boring, E. G. (1930). A new ambiguous figure. *The American Journal of Psychology*, 42, 444-445.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: Acessando a criança no trabalho clínico* (4. ed.). Porto Alegre: Sinopsys.

Chorpita, B. F., Bernstein, A., & Daleiden, E. L. (2011). Empirically guided coordination of multiple evidence-based treatments: An illustration of relevance mapping in children's mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 470-480.

Daunic, A. P., Smith, S. W., Brank, E. M., & Penfield, R. D. (2006). Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficacy and social validity. *Journal of School Psychology*, 44(2), 123-139.

Daunic, A. P., Smith, S. W., Garvan, C. W., Barber, B. R., Becker, M. K., Peters, C. D., ... Naranjo, A. H. (2012). Reducing developmental risk for emotional/behavioral problems: A randomized controlled trial examining the tools for getting Along curriculum. *Journal of School Psychology*, 50(2), 149-166.

Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 41-55.

Ehrenreich-May, J., Goldstein, C. M., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child and Family Behavioral Therapy*, 31(1), 20-37.

Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241-249.

Friedberg, R. D., & Brelsford, G. M. (2011). Using cognitive behavioral interventions to help children cope with parental military deployments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(4), 229-236.

Friedberg, R. D., & Crosby, L. E. (2001). *Therapeutic exercises for children: Professional guide*. Sarasota: Professional Resource.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2015). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts* (2nd ed.). New York: Guildford.

Friedberg, R. D., Friedberg, B. A., & Friedberg R. J. (2001). *Therapeutic exercises for children: Guided self-discovery using cognitive-behavioral techniques*. Sarasota: Professional Resource.

Friedberg, R. D., Gorman, A. A., Wilt, L. H., Biuckians, A., & Murray, M. (2011). *Cognitive behavioral therapy for the busy child psychiatrist and other mental health professionals: Rubrics and rudiments*. New York: Routledge.

Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. New York: Guilford.

Garland, A. F., Haine-Schlagel, R., Brookman-Frazee, L., Baker-Ericzen, M., Trask, E., & Fawley-King, K. (2013). Improving community-based mental health care for children: Translating knowledge into action. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(1), 6-22.

Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-MacDonald, V. M., ... Seligman, M. E. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639.

Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.

Material com direitos autorais

Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Masia Warner, C. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 655-668.

Kavanagh, J., Oliver, S., Lorenc, T., Caird, J., Tucker, H., Harden, A., ... Oakley, A. (2009). School-based cognitive-behavioural interventions: A systematic review of effects and inequalities. *Health Sociology Review*, 18(1), 61-78.

Kovacs, M. (2011). *Children's depression inventory 2 (CDI 2) manual*. New York: Multi-Health Systems.

Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., & Sanford, M. (2010). The feelings club: Randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(10), 945-952.

March, J. S. (2013). *MASC 2TM Multidimensional Anxiety Scale for Children* (2nd ed.). North Tonawanda: Multi-Health Systems.

Masia Warner, C., Brice, C., Esseling, P. G., Stewart, C. E., Mufson, L., & Herzig, K. (2013). Consultants' perceptions of school counselors' ability to implement an empirically-based intervention for adolescent social anxiety disorder. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(6), 541-554.

Masia Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 676–686.

Peterman, J. S., Read, K. L., Wei, C., & Kendall, P. C. (2014, no prelo). The art of exposure: Putting science into practice. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Rose, K., Hawes, D. J., & Hunt, C. J. (2014). Randomized controlled trial of a friendship skills intervention on adolescent depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 510-520.

Ruffolo, M. C., & Fischer, D. (2009). Using an evidence-based CBT group intervention model for adolescents with depressive symptoms: Lessons learned from a school-based adaptation. *Child & Family Social Work*, 14(2), 189-197.

Santucci, L. C., & Ehrenreich -May, J. (2013). A randomized controlled trial of the Child Anxiety Multi-Day Program (CAMP) for separation anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(3), 439-451.

Shochet, I., Montague, R., Smith, C., & Dadds, M. (2014). A qualitative investigation of adolescents' perceived mechanisms of change from a universal school-based depression prevention program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 5541-5554.

Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Hibbert, S., & Osborn, C. (2007). The FRIENDS emotional health programme: Initial findings from a school based project. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 32-37.

Swanson, J. M., Sandman, C. A., Deutsch, C. K., & Baren, M. (1983). Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive, and electrophysiologic effects. *Pediatrics*, 72(1), 49-55.

The Child Study Center (2015). *Site*. New York: NYU Langone Medical Center. Recuperado de http://www.aboutourkids.org/

Weersing, V. R., Rozenman, M. S., Mather-Bridge, M., & Campo, J. V. (2012). Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 68-82.

Weist, M. D., Youngstrom, E. A., Stephan, S., Lever, N., Fowler, J., Taylor, L., ... Hoagwood, K. (2014). Challenges and ideas from a research program on high-quality, evidence-based practice in school mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(2), 244-255.

Weisz, J. R., & Chorpita, B. F. (2012). 'Mod squad' for youth psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (4th ed., pp. 379-397). New York: Guilford.

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

protocolo se diferenciar por não ser clínico, ele também se caracteriza pelo fato de que o trabalho é em grupo, não individual. Diante da perspectiva de uma intervenção grupal, é necessário ampliar o leque de ferramentas, utilizando-se um modelo bastante dinâmico e vivencial no grupo.

Com o objetivo de fortalecer os laços afetivos e incrementar uma postura de respeito e empatia, temos o terceiro sentido do acrônimo TRI, as "regras do grupo":

T – Trabalhe em grupo para crescer
R – Respeite os outros e as diferenças
I – Inove as soluções de problemas

Essas regras aparecem logo no início do caderno que cada criança recebe e também podem ser lembradas a cada encontro, solicitando-se a um dos integrantes do grupo que as escreva no quadro no início do trabalho. Elas também podem ser retomadas sempre ao final do encontro, para que o grupo faça uma autoavaliação, observando se as regras foram ou não cumpridas.

Em um grupo com maior dificuldade de segui-las, propomos transformar as "regras do grupo" em um jogo de economia de fichas, no qual se estabeleçam pontos para a turma que consegue, em cada encontro, seguir cada uma das três regras. Ao final do programa, faz-se uma premiação diante do desafio alcançado, como um passeio do grupo, um piquenique ou uma festa à fantasia.

As crianças acompanham, também por meio do caderno, a ordem seguida pelo protocolo. Esse material é entregue no início de cada encontro e recolhido ao final, sendo de responsabilidade do profissional guardá-lo de forma que as crianças não corram o risco de perdê-lo ou esquecê-lo ao longo do trabalho. No último dia, as crianças levam o caderno consigo, como um registro daquilo que foi realizado ao longo da intervenção.

Comentaremos, na sequência, como é organizada cada etapa da intervenção.

ETAPA T: TRABALHE SUAS EMOÇÕES

A etapa T inicia com a apresentação do programa, dos aplicadores e das crianças participantes do grupo. Em seguida, é introduzido o conceito sobre as emoções e sua metáfora central: as emoções são como ondas. Nós não somos a onda, mas o barco que sacode nela. É importante que as crianças, nessa etapa, aprendam a reconhecer suas emoções, a entender como elas nos mobilizam, a validá-las quando aparecem e o que fazer com elas. Conceitos da terapia cognitivo-comportamental são introduzidos à medida que as crianças são psicoeducadas quanto à relação que existe entre emoções, alterações fisiológicas, pensamentos e comportamentos. Mesmo sem a finalidade terapêutica, a compreensão desse modelo ensina o automonitoramento e melhor compreensão sobre os processos emocionais.

No programa TRI, as crianças são ensinadas sobre a diferença entre emoções agradáveis e desagradáveis. Procura-se romper o conceito de emoção boa ou ruim, justamente porque uma das finalidades do programa é validar emoções. Se partirmos do conceito de que elas são sentidas por todos, de que é natural sentir todas as emoções, não deveríamos chamá-las

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

experiências não elaboradas. No entanto, o terapeuta pode se dirigir terapeuticamente à encenação das crianças como uma tentativa de autocura. Ele pode questionar ou descrever as vantagens e as desvantagens ou pontos fortes e fracos de certos personagens. Além disso, pode introduzir novos personagens por si mesmo, encenando ações dos pais dos personagens de uma forma não punitiva e instrutiva em relação à experiência de raiva da criança. Nesse sentido, o profissional procura realizar uma reparação parental limitada.

Os resultados obtidos com a aplicação dos jogos de encenação citados permitem nortear o processo de tratamento, auxiliando no desenvolvimento sadio das crianças, promovendo melhor qualidade de vida e eficácia terapêutica.

Uma intervenção psicoterápica que engloba os processos de diagnóstico, psicoeducação e intervenção para crianças na faixa etária de 9 a 11 anos é a técnica das cadeiras (técnica adaptada para grupo baseada em Loose et al., 2013). Na primeira etapa, o terapeuta busca identificar um modo de esquema comum aos integrantes do grupo, como o modo "criança vulnerável", apresentado em situações-problema.

O terapeuta instrui as crianças da seguinte forma: "Descobrimos que vocês têm diferentes sentimentos. Escolham um que predomina em determinada situação" (o profissional descreve uma situação-problema comum aos membros do grupo em função de seu transtorno e que ativa o modo que se quer trabalhar). Após a escolha, as cadeiras são dispostas em semicírculo e, em cada uma delas, há um rosto figurativo de uma expressão facial típica de estados emocionais característicos de modos específicos.

O terapeuta nomeia as cadeiras com o *modo inteligente* (cadeira do centro) e as demais como modos de enfrentamento, por exemplo, *modo criança vulnerável* (cadeira da direita) e *modo punitivo* (cadeira da esquerda). Primeiro, o terapeuta passa pelas cadeiras de modo de enfrentamento e conta experiências de sua infância na qual ele utilizou esses modos de enfrentamento. Depois, ele se senta na cadeira modo inteligente e conta como ele acredita ser a melhor forma de resolver a situação-problema apresentada (servindo, dessa forma, como modelo para as crianças). Na sequência, cada uma das crianças do grupo passa pelas cadeiras de modo de enfrentamento e conta sua experiência desadaptada. Por fim, senta-se na cadeira modo inteligente, e o grupo e o terapeuta ajudam-na a encontrar uma solução mais adaptada para seu problema. Quando se quer destacar o modo inteligente, a cadeira relativa a esse modo é elevada em relação às outras, para enfatizar a adequação do modo que corresponde ao adulto saudável (Fig. 6.3).





Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

casos individualmente e pode trabalhá-los de modo coletivo.

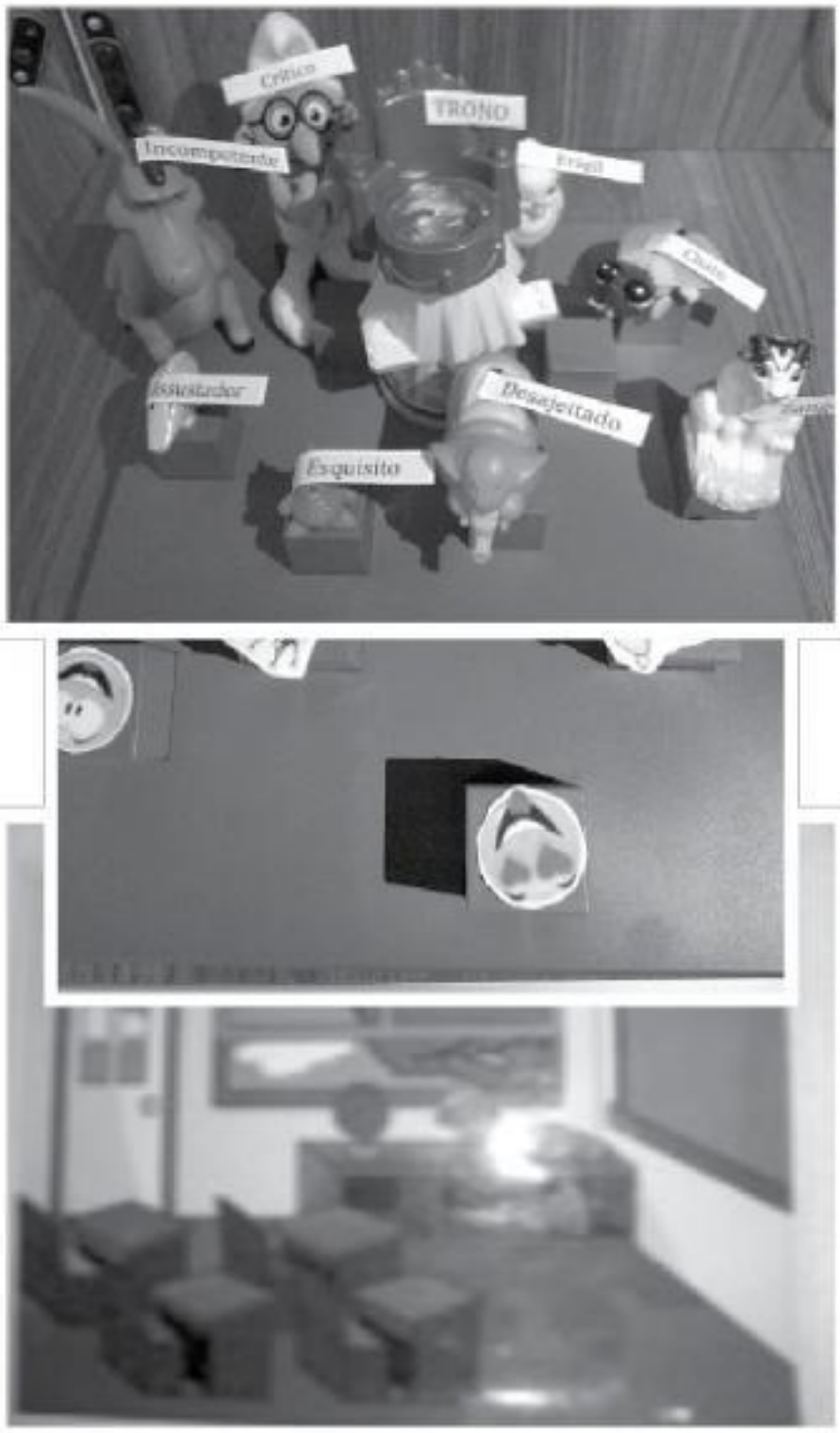


Figura **6.7**

EXEMPLO DE TÉCNICA: CASA INTERNA, OU INNER HOUSE.

A etapa V diz respeito à escolha, ao planejamento e à condução de métodos para a mudança, de acordo com a terapia do esquemas em grupo. O Quadro 6.6 apresenta os objetivos, os procedimentos e exemplos de técnicas utilizadas nessa etapa da intervenção. A mudança das crianças deve ajudá-las no atendimento adequado de suas necessidades básicas. A tarefa terapêutica é fazer elas encontrarem maneiras para sentirem-se conectadas, autônomas, competentes e com seu senso de identidade preservado, que procurem exprimir mais livremente suas emoções e desejos, sendo mais espontâneas e tendo limites mais realistas.

QUADRO **6.6** OBJETIVOS, PROCEDIMENTOS E EXEMPLOS DE TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO UTLIZADAS NA ETAPA V

OBJETIVO	PROCEDIMENTO	EXEMPLO DE TÉCNICA
Aprender, por meio de técnicas, a importância de aliviar o estresse	Lugar seguro e técnica da Tela de Proteção Levar a criança a perceber, por meio de exemplos concretos, que é importante encontrar	Técnicas de relaxamento para crianças Técnica da Tela de Proteção

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

> sala, sair de perto, tentar resolver os problemas de outra maneira. (Participante 7)
>
> [nome do participante], pare e pense. Eu aprendi que não se deve brigar e não se deve xingar e ser bons amigos e parceiros de colégio e ser obedientes com os pais e irmãos e ser obediente com as zeladoras, a diretora e a coordenadora. Deixar a minha irmã mexer no computador e, quando alguém me xingar, nem dar bola, fingir que nem tô ouvindo. (Participante 1)

Ao final da intervenção, todos os instrumentos aplicados no momento pré-intervenção foram reaplicados às crianças, aos responsáveis e aos professores. Ao longo da intervenção, também ocorreram conversas com os professores, de modo a avaliar a evolução das crianças e as queixas quanto aos comportamentos-alvo. É importante, ainda, realizar acompanhamento de orientação aos pais, a fim de ensinar a eles estratégias para manejar os episódios de raiva dos filhos. A aplicação dos instrumentos ao final da intervenção permite verificar seu impacto, bem como avaliar critérios para a alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência, foram identificados alguns cuidados necessários no planejamento e na execução da intervenção. O primeiro é a seleção dos participantes (para o caso de intervenção em grupo) ou o ajuste ao perfil do participante a quem a intervenção se destina. Por exemplo, se o participante perpetra *bullying* ou apresenta histórico de traumas que envolvem agressão, a intervenção deverá ser direcionada a tais queixas. Em seguida, realizam-se entrevistas e coletas de dados pertinentes, de modo a identificar os eliciadores da raiva na criança, as reações dela perante a emoção, as consequências do descontrole da raiva para o ambiente familiar, escolar e para a própria criança e a extensão dos prejuízos. Ensinam-se estratégias efetivas para modular a raiva e generalizar essa aprendizagem para os demais ambientes da criança.

O principal desafio para essa intervenção refere-se às reações do terapeuta diante dos episódios de desafio e à expressão de raiva das crianças do grupo. É importante que o terapeuta esteja atento às próprias reações de raiva decorrentes de tais situações e valide a raiva expressada pela criança, explorando o que a desencadeou (a provocação realizada por outra criança do grupo, alguma fala do terapeuta, a percepção de injustiça a partir da observação de que o terapeuta deu mais atenção a outra criança), colocando limites a episódios de comportamento agressivo, bem como acolhendo a raiva experienciada pela criança. Deve-se, ainda, desenvolver empatia com a criança, a qual, em geral, tende a receber punição de cuidadores e professores, em vez de direcionamento diante de episódios envolvendo raiva.

A raiva é uma emoção inata; portanto, presente em todos os indivíduos. Assim, sentir raiva é natural e desejado. Todavia, quando seu manejo é inapropriado, diversas consequências negativas podem surgir. Crianças podem apresentar dificuldades para manejo da raiva em função das características desenvolvimentais cognitivas. Problemas escolares e disfunções

Material com direitos autorais

nos relacionamentos com pares e figuras de autoridade podem ocorrer quando a criança não possui repertório cognitivo e comportamental para manejar a raiva de forma efetiva. Nesse contexto, o desenvolvimento de protocolos e a avaliação de efetividade de tais intervenções são úteis para reduzir o sofrimento da criança e auxiliá-la para melhor se adaptar a seu ambiente. O presente protocolo foi avaliado por meio de estudos de casos múltiplos e necessita de estudos complementares com amostras maiores. Contudo, mostrou-se uma intervenção favorável para a aplicação no contexto escolar e promoveu mudanças comportamentais nas crianças participantes.

REFERÊNCIAS

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Bingham, J. (2006). T*odo mundo sente raiva. Barueri*: Girassol Brasil.

Borsa, J. C. (2012). A*daptação e validação transcultural do questionário de comportamentos agressivos e reativos entre pares (QCARP)* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Botter Jr., N. (2011). *O nervosinho*. [S.l.: s.n.].

Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) (2012). *Campanha conte até dez*. Recuperado de http://www.youtube.com/watch?v=Tr-BBcZQxCw

Carrossel – *Maria Joaquina e Jaime discutem por causa dos pais.* (2013). Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=Q-_B9TovpeE

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2010). Regulação emocional: A construção de um instrumento e resultados iniciais. *Psicologia em Estudo, 15*(3), 537-545.

De Castro, B. O., Veerman, J. W., Koops, W., Bosch, J. D., & Monshouwer, H. J. (2002). Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis. *Child Development, 73*(3), 916-934.

Deixe a raiva secar (2009). Recuperado de http://www.youtube.com/?v= BTONO7i57Ns

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65(1), 109-128.

Huebner, D. (2008). *O que fazer quando você se irrita demais: Um guia para as crianças lidarem melhor com a raiva*. Porto Alegre: Artmed.

Khan, A., & Gupte, A. (Dirs.) (2007). *Como estrelas na terra*. [S.l.: s.n.].

Larson, J., & Lochman, J. E. (2011). *Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive-behavioral intervention* (2nd ed.). New York: Guilford.

Leterrier, L. (2008). *O incrível Hulk*. Nova Iorque: Marvel Enterprises, Universal Pictures.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2010). *Treino cognitivo de controle da raiva: O passo a passo do treinamento*. Rio de Janeiro: Cognitiva.

Lochman, J. E., & Lenhart, L. A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review, 13*(8), 785-805.

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2003). Effectiveness of the coping power program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy, 34*(4), 493-515.

Miranda, V. R., & Araujo, T. B. L. (2009). *Jogo dos sentimentos*. [S.l.: s.n.].

Molano, A., Jones, S. M., Brown, J. L., & Aber, J. L. (2013). Selection and socialization of aggressive and prosocial behavior: The moderating role of social-cognitive processes. *Journal of Research on Adolescence, 23*(3), 424-436.

Material com direitos autorais



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.