

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARINA HEINEN

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E  
SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR**

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS  
EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR**

MARINA HEINEN

ORIENTADORA: Prof(a). Dr(a). Margareth da Silva Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de Concentração Psicologia Clínica.

**Porto Alegre**

**2019**

## Ficha Catalográfica

H468e Heinen, Marina

Efeitos de uma intervenção preventiva nas competências emocionais e sociais de crianças em ambiente escolar / Marina Heinen . – 2019.

146 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

1. Criança. 2. Saúde Mental. 3. Prevenção. 4. Escola. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS  
EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR**

MARINA HEINEN

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth da Silva Oliveira**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)  
Orientadora/Presidente

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Irani Iracema de Lima Argimon**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)  
Banca Examinadora

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ilana Andretta**

Universidade Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)  
Banca Examinadora

**Prof. Dr.<sup>a</sup> Angela Helena Marin**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  
Banca Examinadora

**Porto Alegre**

**2019**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida orientadora, Profa. Dr.<sup>a</sup> Margareth da Silva Oliveira, pela oportunidade de fazer parte do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais (GAAPCC) e por me receber como auxiliar de pesquisa em 2017 e como mestranda em 2018. Obrigada pelas oportunidades oferecidas antes e durante o período do mestrado, pelas orientações, incentivos, carinho e por me proporcionar tantas aprendizagens.

Agradeço a minha família por torcerem por mim. Em especial aos meus pais, Carlos e Roseli, pela presença, suporte e confiança nas minhas decisões. Agradeço o apoio dos meus irmãos Carlinhos, Ariane e Aletheia e meu sobrinho, Gustavo.

Agradeço a Camila Bosse Paiva Antoniutti que abriu as portas para eu participar como auxiliar de pesquisa no projeto da Terapia de Regulação Infantil (TRI) e a Carolina Maiato de Lima, pelo companheirismo. Agradeço vocês pelo acolhimento, amizade e aprendizado.

Agradeço aos psicólogos Renato Maiato Caminha e Marina Gusmão Caminha, criadores do protocolo Terapia de Regulação Infantil, pela confiança e oportunidade de trabalhar com o TRI. Tenho muita admiração e carinho por vocês.

Agradeço toda equipe do GAAPCC, pela convivência e apoio. Guardo com muito carinho lembranças de momentos agradáveis ao lado de vocês.

Agradeço às doutorandas Andressa Celente de Ávila, Renata Klein Zancan e Angélica Adamoli e aos mestrandos Felipe Gonçalves Ferronato, Mônica Benedetti dos Santos, Elisa Steinhorst Damasceno e Mariana Sanseverino Dillenburg pela amizade e apoio em todas as etapas do mestrado, que se tornou-se mais leve e divertido ao lado de vocês.

Em especial, agradeço às colaboradoras, auxiliares e bolsistas de pesquisa que passaram pelo projeto do TRI: Victoria Deluca, Karine Ranzi Valentim de Souza, Victoria Jorge Guarisse, Carolina Rolim Sartoretto e Maria Eduarda de Souza Ramalho Ortigão. Agradeço pela disponibilidade de vocês em participar do projeto TRI, pela dedicação na elaboração e apresentações dos trabalhos científicos, pela ética no manejo com os dados e pelo apoio em cada etapa que vivenciamos juntas. Obrigada por estarem comigo nessa jornada. Agradeço a Camila Cavagnoli Rodrigues da Fonseca, que não mediu esforços para me auxiliar na coleta de dados e condução dos grupos. Obrigada pela amizade, dedicação e por compartilhar comigo o sentimento de carinho pelas crianças.

Agradeço às escolas que abriram as portas para o projeto e todos funcionários envolvidos que se esforçaram para que fosse possível iniciar, conduzir e terminar a pesquisa.

Agradeço a Secretaria Municipal de Educação de Caxias do Sul que prontamente aceitou a proposta do programa TRI.

Em especial, agradeço às famílias que confiaram, acreditaram e se envolveram no projeto. Agradeço às crianças que participaram do TRI e trouxeram muitas emoções durante a minha trajetória no mestrado. Nosso trabalho foi em conjunto, permeado por escuta, compreensão, aprendizado e muito afeto.

Agradeço a Luisa Coelho pelos ensinamentos desde a construção do projeto até o processo de análise estatística dos dados.

Agradeço à minha banca examinadora, Irani Iracema de Lima Argimon, Angela Helena Marin e Ilana Andretta, pela disponibilidade e atenção ao avaliar este trabalho e contribuições para meu aprendizado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, aos professores e funcionários que foram importantes durante todo o mestrado e me auxiliaram no meu desenvolvimento acadêmico.

Muito obrigada a todos que, de alguma forma, contribuíram com o trabalho, me apoiaram neste período e vibraram comigo em cada etapa.

## **RELAÇÃO DE TABELAS**

### **SEÇÃO TEÓRICA**

#### **SEÇÃO TEÓRICA II - ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA - INTERVENÇÃO BASEADA EM UM PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM CRIANÇAS NO AMBIENTE ESCOLAR**

|           |                                      |    |
|-----------|--------------------------------------|----|
| Tabela 1. | Caracterização geral da amostra..... | 57 |
|-----------|--------------------------------------|----|

### **SEÇÃO EMPÍRICA**

#### **SEÇÃO EMPÍRICA I - PROTOCOLO PREVENTIVO DA TERAPIA DE REGULAÇÃO INFANTIL: ESTUDO PILOTO NO AMBIENTE ESCOLAR**

|           |                                                                          |    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. | Planejamento dos Encontros TRI-P.....                                    | 72 |
| Tabela 2. | Caracterização geral da amostra, segundo o grupo.....                    | 73 |
| Tabela 3. | Média e desvio padrão para as dimensões/fatores SSRS segundo o grupo.... | 75 |
| Tabela 4. | Média e desvio padrão para as subescalas da escala ERC segundo o grupo.. | 76 |

#### **SEÇÃO EMPÍRICA II - EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PARA PROMOVER SAÚDE MENTAL E PREVENIR PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR**

|           |                                                                        |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. | Caracterização geral da amostra, segundo o grupo.....                  | 93 |
| Tabela 2. | Média e desvio padrão para as dimensões da escala SSRS segundo o grupo | 95 |
| Tabela 3. | Média e desvio padrão para as subescalas ERC segundo o grupo.....      | 96 |

## RELAÇÃO DE FIGURAS

|           |                                                                 |    |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. | Média e desvio padrão para a escala SCARED segundo o grupo..... | 97 |
| Figura 2. | Média e desvio padrão para a escala CDI segundo o grupo.....    | 98 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |                                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PUCRS   | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul                                               |
| GAAPCC  | Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais                      |
| TRI     | Terapia de Regulação Infantil                                                                       |
| TRI-P   | Terapia de Regulação Infantil Preventiva ou Trabalho de Regulação Infantil                          |
| SSRS-BR | <i>Social Skills Rating System</i>                                                                  |
| ERC     | <i>Emotional Regulation Checklist</i>                                                               |
| SCARED  | <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i>                                         |
| CDI     | <i>Children Depression Inventory</i>                                                                |
| CCEB    | Critério de Classificação Econômica Brasil                                                          |
| DSM     | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais                                             |
| RE      | Regulação Emocional                                                                                 |
| L/N     | Labilidade/Negatividade Emocional                                                                   |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                                          |
| TALE    | Termo de Assentimento Livre e Esclarecido                                                           |
| GE      | Grupo Experimental                                                                                  |
| GC      | Grupo Controle do tipo lista de espera                                                              |
| TCC     | Terapia Cognitivo-comportamental                                                                    |
| CBT     | <i>Cognitive-behavioral Therapy</i>                                                                 |
| SPSS    | <i>Statistical Package for Social Sciences</i>                                                      |
| WHO     | World Health Organization                                                                           |
| CASEL   | <i>Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning</i>                                   |
| PATHS   | <i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i> - Promovendo Estratégias de Pensamento Alternativo |
| TCCG    | Terapia Cognitiva Comportamental em Grupos                                                          |
| ABEP    | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa                                                       |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                                     |
| VP      | Versão Pais                                                                                         |
| VC      | Versão Crianças                                                                                     |

## RESUMO EXPANDIDO

Nos últimos anos, tem aumentado a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. A literatura aponta que os Transtornos de Ansiedade e o Transtorno Depressivo tem alto predomínio de forma isolada ou em comorbidade nessa população. A presença de sintomatologia psiquiátrica no período infanto-juvenil é um fator de risco que pode acarretar em prejuízos ao longo do desenvolvimento. As consequências incluem dificuldades acadêmicas e em relacionamentos, maior envolvimento com violência, drogas e comportamentos de risco e a evolução de transtornos mentais na vida adulta. Nessa perspectiva, considerando a alta prevalência e a gravidade dos efeitos dos sintomas, torna-se importante prevenir ou reduzir o impacto da sintomatologia e promover saúde mental em crianças e adolescentes. O ambiente escolar tem sido apontado como um espaço favorável para o desenvolvimento de saúde mental através da implementação de programas que objetivam a promoção de recursos e prevenção de problemas. A escola pode contribuir para o crescimento saudável ao integrar a aprendizagem acadêmica, social e emocional contribuindo também para o aumento na qualidade da educação dos alunos. Frente a isso, pode-se pensar que intervenções precoces com foco no desenvolvimento de competências socioemocionais podem auxiliar a prevenir problemas de comportamento e promover saúde mental. A Terapia de Regulação Infantil (TRI) possui uma modalidade preventiva conhecida como Terapia de Regulação Infantil Preventiva (TRI-P) ou Trabalho de Regulação Infantil. O modelo preventivo da TRI destina-se à população universal com o objetivo de desenvolver habilidades socioemocionais, trabalhando técnicas de regulação emocional e habilidades sociais, que são consideradas fatores de proteção para o não desenvolvimento de problemas relacionados aos transtornos mentais. A presente dissertação tem como objetivo geral avaliar os efeitos do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) nas competências socioemocionais de crianças com idade entre 7 e 9 anos, em escolas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. O presente estudo faz parte de um projeto maior que visa avaliar a efetividade da Terapia de Regulação Infantil, o qual está com parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Inicialmente, é apresentada uma seção teórica com fundamentação teórica sobre a temática da dissertação, expondo a prevalência e as consequências da presença de sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes, a implementação de programas preventivos no ambiente escolar, o desenvolvimento de competências socioemocionais e pesquisas com programas preventivos. Ainda nessa seção, apresenta-se o primeiro estudo intitulado: “Intervenção baseada em um protocolo de Terapia

Cognitivo-comportamental: Um relato de experiência com crianças no ambiente escolar”, que visa relatar a experiência da aplicação do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil com um grupo de dezessete crianças em uma escola particular no interior do Rio Grande do Sul. Descreve-se de forma detalhada os objetivos e atividades de cada encontro do protocolo. Sugere-se que o TRI-P pode ter auxiliado no fortalecimento de habilidades adquiridas durante a intervenção através do uso de linguagem acessível e materiais concretos. Destaca-se que o alto número de participantes pode ter dificultado um maior aprendizado e a participação de todos durante as atividades. Infere-se que houve alta adesão pois que nenhuma criança desistiu do programa e houve *feedbacks* positivos dos responsáveis. Concluiu-se que esse relato apresentou uma possibilidade de intervenção na escola para o desenvolvimento de habilidades que são fatores de proteção para o desenvolvimento saudável das crianças. A seção empírica da dissertação é dividida em dois estudos empíricos. O primeiro estudo dessa seção diz respeito ao estudo piloto realizado com o TRI-P e foi intitulado “Protocolo Preventivo da Terapia de Regulação Infantil: Estudo piloto no ambiente escolar”. Esse estudo objetiva avaliar os efeitos do TRI-P nas habilidades socioemocionais em crianças com idade entre 7 e 9 anos. Realizou-se um estudo de base *quasi*-experimental em que comparou o grupo experimental (n=17) com o grupo controle do tipo lista de espera (n=11), antes e após a intervenção. A divisão dos grupos deu-se de maneira não aleatória. Utilizou-se as escalas *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) para a avaliação de habilidades sociais e comportamentos problemáticos, e a *Emotional Regulation Checklist* (ERC) para avaliar regulação e labilidade emocional. Ambas escalas foram preenchidas pelos responsáveis. O período entre a avaliação pré e a pós foi de, aproximadamente, 3 meses. A pesquisa foi realizada em uma escola particular no interior do Rio Grande do Sul. Os resultados, após intervenção, apontam diminuição significativa nos níveis de problema de comportamento [Pré: 30,2±20,0 vs. Pós: 22,4±15,8; p=0,018] e labilidade do humor [Pré: 22,2±3,7 vs. Pós: 19,9±3,2; p=0,036], no grupo experimental. Houve aumento, mas não significativo, nos escores de regulação emocional e habilidades sociais, no grupo experimental. Houve diferença significativa entre os grupos na subescala que avalia labilidade do humor nas avaliações pré e pós intervenção (Pré: p=0,055; Pós: p=0,006). Os resultados apontam que a implementação do TRI-P mostrou-se eficaz para a redução de problemas de comportamento e nos níveis de labilidade do humor da amostra em questão e pode ser uma opção promissora frente a importância do cuidado com saúde mental no ambiente escolar. O segundo estudo empírico intitulado “Efeitos de uma intervenção para promover saúde mental e prevenir problemas de comportamento de crianças em ambiente escolar” tem como objetivo avaliar os

efeitos do TRI-P nas competências socioemocionais e nos sintomas de ansiedade e depressão em crianças com idade entre 7 e 9 anos. Realizou-se um delineamento de base *quasi-experimental*. Participaram do estudo 39 crianças, que foram divididas de forma não aleatória para o grupo experimental e lista de espera. Os responsáveis preencheram o *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) – Versão Pais e a *Emotional Regulation Checklist* (ERC). Já as crianças preencheram a *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) – Versão Crianças, *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e *Children Depression Inventory* (CDI). A pesquisa foi realizada em duas escolas, uma particular e uma pública, em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Comparou-se o grupo experimental (n=22), que recebeu a intervenção do protocolo TRI-P, com o grupo controle do tipo lista de espera (n=17) em relação aos níveis de habilidades sociais, problemas de comportamento, labilidade do humor e regulação emocional, assim como nos escores dos sintomas dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo, antes e após a intervenção. O período entre a avaliação pré e a pós foi de, aproximadamente, 3 meses. Não houve diferenças significativas em relação à comparação dos dados sócio demográficos dos participantes entre os grupos. Percebeu-se redução significativa dos níveis de problemas de comportamento [Pré:  $55,22 \pm 30,52$  vs. Pós:  $37,09 \pm 30,15$ ;  $p=0,013$ ] e labilidade do humor [Pré:  $27,73 \pm 4,98$  vs. Pós:  $24,04 \pm 5,10$ ;  $p=0,006$ ], assim como nos níveis de ansiedade [Pré:  $38,86 \pm 8,87$  vs. Pós:  $28,00 \pm 8,02$ ;  $p=0,000$ ] e depressão [Pré:  $11,18 \pm 6,48$  vs. Pós:  $6,68 \pm 3,82$ ;  $p=0,000$ ], no grupo experimental. Assim como um aumento significativo nos níveis de regulação emocional [Pré:  $31,27 \pm 3,41$  vs. Pós:  $34,09 \pm 3,23$ ;  $p=0,000$ ] e nas habilidades sociais a partir da auto avaliação da criança [Pré:  $35,59 \pm 30,61$  vs. Pós:  $59,00 \pm 29,29$ ;  $p=0,002$ ] e na avaliação dos pais [Pré:  $43,31 \pm 25,61$  vs. Pós:  $58,27 \pm 24,87$ ;  $p=0,001$ ]. Diferentemente do grupo experimental, no grupo controle houve diminuição significativa nos níveis de habilidades sociais na auto avaliação das crianças ( $p=0,019$ ). Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na auto avaliação inicial das crianças em relação às habilidades sociais ( $p=0,044$ ), na auto avaliação final ( $p=0,010$ ) e na avaliação final de regulação emocional ( $p=0,011$ ). Essa pesquisa apresenta resultados satisfatórios com a aplicação do TRI-P, visto que diminuiu os níveis de problemas de comportamento e labilidade do humor e aumentou os escores de regulação emocionais e habilidades sociais nas crianças submetidas à intervenção. Assim, apresentou-se como uma proposta eficaz de prevenção de problemas emocionais de comportamento das crianças no ambiente escolar.

Palavras-chave: Criança, Saúde Mental; Prevenção; Escola

Área conforme classificação do CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação do CNPq: 7.07.10.00-7 – Tratamento e Prevenção Psicológica.

## EXPANDED RESUME

In the last couple of years, the prevalence of mental disorders in children and adolescents have increased. Literature indicates that Anxiety Disorders and Depressive Disorder are highly prevalent in an isolated form or in comorbidity in this population. The presence of psychiatric symptoms in children and adolescents is a risk factor that may lead to developmental losses. Consequences include academic and relationship issues, increased involvement with violence, drugs and risky behavior, and the evolution of mental disorders in adult life. From this perspective, considering the high prevalence and severity of the effects of symptoms, it is important to prevent or reduce the impact of symptoms and promote mental health in children and adolescents. The school environment has been pointed as a favorable space for the development of mental health through the implementation of programs that aim to promote resources and prevent problems. School can contribute to the healthy growth by integrating academic, social and emotional learning and contributing to increase quality in student education. In face of what was exposed, it can be thought that early interventions focusing on the development of socio-emotional skills can help prevent behavioral problems and promote mental health. The *Terapia de Regulação Infantil* (TRI) has a preventive modality known as *Terapia de Regulação Infantil Preventiva* (TRI-P) or *Trabalho de Regulação Infantil*. The preventive mode of TRI is intended to the universal population with the aim of developing socio-emotional skills, working on techniques of emotional regulation and social skills, which are considered protective factors for the non-development of problems related to mental disorders. This dissertation aims to evaluate the effects of the preventive protocol of the *Terapia de Regulação Infantil* (TRI-P) on the socio-emotional skills of children from 7 to 9 years of age, in schools of a city in the interior of Rio Grande do Sul. This study is part of a larger project aimed to evaluate the effectiveness of *Terapia de Regulação Infantil*, which was approved by the *Comitê de Ética da PUCRS* (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Initially, a theoretical section is presented with theoretical basis on the theme of the dissertation, exposing the prevalence and the consequences of the presence of symptoms of mental disorders in children and adolescents, the implementation of preventive programs in the school environment, the development of socio-emotional skills and researches with preventive programs. This section also presents the first study entitled: “Intervention based on a protocol of Cognitive-Behavioral Therapy: An experience report with children in school environment”, which aims to report the experience of applying the preventive protocol of *Terapia de Regulação Infantil* with a group of seventeen children in a

private school in the interior of Rio Grande do Sul. The objectives and activities of each protocol meeting are described in details. It is suggested that TRI-P may have helped in strengthening skills acquired during the intervention through the use of accessible language and concrete materials. Stands out that the high number of participants may have hampered greater learning and participation of all during the activities. It is inferred that there was high adherence because no child dropped out of the program and there were positive feedbacks from those responsible. It was concluded that this report presented a possibility of intervention at school for the development of skills that are protective factors for the healthy development of children. The empirical section of the dissertation is divided into two empirical studies. The first study in this section concerns the pilot study conducted with the TRI-P and was entitled "Preventive Protocol of *Terapia de Regulação Infantil*: Pilot Study in the School Environment". This study aims to evaluate the effects of TRI-P on socio-emotional skills in children from 7 to 9 years of age. A quasi-experimental baseline study was performed comparing the experimental group (n=17) with a waiting list control group (n=11) before and after the intervention. The division of the groups was non-randomly. The scales used were the Social Skills Rating System (SSRS-BR) to evaluate social skills and behavior problems, and the Emotional Regulation Checklist (ERC) to evaluate emotional regulation and mood lability. Both scales were filled by those responsible. The period between pre and post evaluation was approximately 3 months. The research was conducted in a private school in the interior of Rio Grande do Sul. Results after intervention indicate significant decrease in behavior problem levels [Pre:  $30,2 \pm 20,0$  vs. Post:  $22,4 \pm 15,8$ ;  $p=0,018$ ] and mood lability [Pre:  $22,2 \pm 3,7$  vs. Post:  $19,9 \pm 3,2$ ;  $p=0,036$ ], in the experimental group. There was an increase, but not significant, in the emotional regulation and social skills scores in the experimental group. There was a significant difference between the groups in the subscale that assesses mood lability in the pre and post intervention evaluations (Pre:  $p=0,055$ ; Post:  $p=0,006$ ). The results point that the implementation of the TRI-P was effective to reduce behavior problems and mood lability levels of the sample and may be a promising option given the importance of mental health care in the school environment. The second empirical study entitled "Effects of an intervention to promote mental health and prevent children's behavior problems in school environment" aims to evaluate the effects of TRI-P on socio-emotional skills and symptoms of anxiety and depression in aged children. between 7 and 9 years of age. A quasi-experimental base outline was performed. 39 children participated in the study, who were non-randomly assigned to the experimental group and the waiting list. Those responsible completed the Social Skills Rating System (SSRS-BR) - Parents Version and the Emotional

Regulation Checklist (ERC). On the other hand, children completed the Social Skills Rating System (SSRS-BR) - Children Version, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and Children Depression Inventory (CDI). The research was conducted in two schools, one private and one public, in a city in the interior of Rio Grande do Sul. The experimental group (n=22), which received the intervention of the protocol TRI-P, was compared to the waiting list control group (n=17), regarding to social skills levels, behavior problems, mood lability and emotional regulation, as well as the scores of symptoms of Anxiety Disorders and Depressive Disorder, before and after the intervention. The period between pre and post evaluation was approximately 3 months. There were no significant differences regarding the comparison of participant's demographic data between groups. Significant reduction in behavioral problem levels was noticed [Pre: 55,22±30,52 vs. Post: 37,09±30,15; p=0,013] and mood lability [Pre: 27,73±4,98 vs. Post: 24,04±5,10; p=0,006], as well as anxiety levels [Pre: 38,86±8,87 vs. Post: 28,00±8,02; p= 0,000] and depression [Pre: 11,18±6,48 vs. Pos: 6,68±3,82; p= 0,000], in the experimental group. Also a significant increase in levels of emotional regulation was noticed [Pre: 31,27±3,41 vs. Post: 34,09±3,23, p=0,000] and in social skills based on the self-evaluation of the child [Pre: 35,59±30,61 vs. Post: 59,00±29,29; p=0,002] and in the evaluation of the parents [Pre: 43,31±25,61 vs. Post: 58,27±24,87; p=0,001]. In the control group there was no significant increase or decrease. However, unlike the experimental group, in the control group there was a significant decrease in social skills levels in the self-assessment of children (p=0,019). There were statistically significant differences between the groups in the initial self-assessment of children in relation to social skills (p=0,044), in the final self-evaluation (p=0,010) and in the final emotional regulation evaluation (p=0,011). This research presents satisfactory results with the application of the TRI-P, since it decreased the levels of behavior problems and mood lability and increased the emotional regulation scores and social skills in the children undergoing the intervention. Thus, it was presented as an effective proposal to prevent emotional behavior problems of children in the school environment.

Keywords: Child, Mental Health; Prevention; School

Area according to CNPq: 7.07.00.00-1 – Psychology

Sub-area according to classification of CNPq: 7.07.10.00-7 – Psychological Treatment and Prevention.

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                                                                                                             |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                                                                                                                                                    | <b>19</b> |
| 1.1      | OBJETIVOS.....                                                                                                                                                                              | 19        |
| 1.1.1    | Objetivo geral.....                                                                                                                                                                         | 19        |
| 1.1.2    | Objetivos específicos do Estudo de Relato de Experiência.....                                                                                                                               | 19        |
| 1.1.3    | Objetivos específicos do Estudo Empírico I.....                                                                                                                                             | 19        |
| 1.1.4    | Objetivos específicos do Estudo Empírico II.....                                                                                                                                            | 20        |
| 1.2      | MÉTODO.....                                                                                                                                                                                 | 20        |
| 1.2.1    | Delineamento.....                                                                                                                                                                           | 20        |
| 1.2.2    | Cálculo amostral.....                                                                                                                                                                       | 20        |
| 1.2.3    | Local do Estudo.....                                                                                                                                                                        | 21        |
| 1.2.4    | Participantes.....                                                                                                                                                                          | 21        |
| 1.2.5    | Instrumentos.....                                                                                                                                                                           | 21        |
| 1.2.6    | Procedimentos de coleta de dados.....                                                                                                                                                       | 24        |
| 1.2.7    | Terapia de Regulação Infantil – Modelo Preventivo.....                                                                                                                                      | 27        |
| 1.2.8    | Aspectos éticos.....                                                                                                                                                                        | 29        |
| 1.2.9    | Análise dos dados.....                                                                                                                                                                      | 29        |
| 1.3      | JUSTIFICATIVA.....                                                                                                                                                                          | 30        |
|          | REFERÊNCIAS.....                                                                                                                                                                            | 31        |
| <b>2</b> | <b>SEÇÃO TEÓRICA.....</b>                                                                                                                                                                   | <b>34</b> |
| 2.1      | SEÇÃO TEÓRICA I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOBRE O TEMA<br>DA DISSERTAÇÃO.....                                                                                                                 | 35        |
| 2.1.1    | Prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência.....                                                                                                                          | 35        |
| 2.1.2    | Programas preventivos no ambiente escolar.....                                                                                                                                              | 36        |
| 2.1.3    | Competências socioemocionais na infância e adolescência.....                                                                                                                                | 37        |
| 2.1.4    | Programas preventivos.....                                                                                                                                                                  | 39        |
|          | Referências.....                                                                                                                                                                            | 42        |
| 2.2      | SEÇÃO TEÓRICA II – ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA<br>INTERVENÇÃO BASEADA EM UM PROTOCOLO DE TERAPIA<br>COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA<br>COM CRIANÇAS NO AMBIENTE ESCOLAR | 49        |
| 2.2.1    | Introdução.....                                                                                                                                                                             | 49        |
| 2.2.2    | Metodologia.....                                                                                                                                                                            | 51        |
| 2.2.3    | Resultados e discussão.....                                                                                                                                                                 | 56        |
|          | Referências.....                                                                                                                                                                            | 61        |
| <b>3</b> | <b>SEÇÃO EMPÍRICA.....</b>                                                                                                                                                                  | <b>65</b> |
| 3.1      | SEÇÃO EMPÍRICA I - PROTOCOLO PREVENTIVO DA TERAPIA DE<br>REGULAÇÃO INFANTIL: ESTUDO PILOTO NO AMBIENTE ESCOLAR.....                                                                         | 66        |
| 3.1.1    | Introdução.....                                                                                                                                                                             | 67        |
| 3.1.2    | Metodologia.....                                                                                                                                                                            | 68        |
| 3.1.3    | Resultados.....                                                                                                                                                                             | 73        |
| 3.1.4    | Discussão.....                                                                                                                                                                              | 76        |
|          | Referências.....                                                                                                                                                                            | 80        |

|          |                                                                                                                                                            |            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.2      | SEÇÃO EMPÍRICA II - EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PARA<br>PROMOVER SAÚDE MENTAL E PREVENIR PROBLEMAS DE<br>COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR..... | 84         |
| 3.2.1    | Introdução.....                                                                                                                                            | 85         |
| 3.2.2    | Metodologia.....                                                                                                                                           | 88         |
| 3.2.3    | Resultados.....                                                                                                                                            | 92         |
| 3.2.4    | Discussão.....                                                                                                                                             | 98         |
| 3.2.5    | Considerações Finais.....                                                                                                                                  | 102        |
|          | Referências.....                                                                                                                                           | 102        |
| <b>4</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                           | <b>108</b> |
|          | REFERÊNCIAS.....                                                                                                                                           | 110        |
|          | ANEXOS.....                                                                                                                                                | 124        |
|          | Anexo A - Ficha de dados sociodemográfico.....                                                                                                             | 125        |
|          | Anexo B - Critério de Classificação Econômica Brasil.....                                                                                                  | 129        |
|          | Anexo C - <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) .....                                                                                               | 130        |
|          | Anexo D - <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i> (SCARED) ....                                                                        | 133        |
|          | Anexo E - <i>Emotional Regulation Checklist</i> (ERC) .....                                                                                                | 135        |
|          | Anexo F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética.....                                                                                                  | 137        |
|          | Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....                                                                                          | 142        |
|          | Anexo H - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) .....                                                                                           | 144        |

## **1 APRESENTAÇÃO**

A presente dissertação de mestrado está vinculada do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapias Cognitivas e Comportamentais (GAAPCC), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e será apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Este trabalho está inserido no projeto “Efetividade da Terapia de Regulação Infantil”, que objetiva avaliar os efeitos da modalidade clínica e preventiva da Terapia de Regulação Infantil nos sintomas de ansiedade e depressão, habilidades sociais, regulação emocional e problemas de comportamento.

Na seção teórica, é apresentada uma fundamentação teórica sobre a temática da dissertação. Posteriormente, ainda nessa seção, apresenta-se o estudo de relato de experiência da aplicação do TRI-P, intitulado “Intervenção baseada em um protocolo de Terapia Cognitivo-comportamental: Um relato de experiência com crianças no ambiente escolar”. A seção empírica é composta por dois estudos: Estudo Empírico I – “Protocolo Preventivo da Terapia de Regulação Infantil: Estudo piloto no ambiente escolar”; e Estudo Empírico II – “Efeitos de uma intervenção para promover saúde mental e prevenir problemas de comportamento de crianças em ambiente escolar”.

### **1.1 OBJETIVOS**

#### **1.1.1 Objetivo geral**

Avaliar os efeitos do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) nas competências socioemocionais de crianças com idade entre 7 e 9 anos, em escolas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

#### **1.1.2 Objetivos específicos do Estudo de Relato de Experiência**

- Relatar a experiência da aplicação do TRI-P;
- Detalhar os objetivos e atividades de cada encontro do TRI-P;
- Apresentar os desafios na implementação do TRI-P;
- Apresentar resultados qualitativos da aplicação do TRI-P.

#### **1.1.3 Objetivos específicos do Estudo Empírico I**

- Comparar as avaliações pré e pós intervenção entre o grupo experimental e a lista de espera;

- Investigar se houve aumento significativo nos níveis de regulação emocional e nas habilidades sociais dos participantes do grupo experimental, após a intervenção;
- Investigar se houve diminuição significativa nos níveis de problemas de comportamento e labilidade do humor dos participantes do grupo experimental, após a intervenção.

#### **1.1.4 Objetivos específicos do Estudo Empírico II**

- Comparar as avaliações pré e pós intervenção entre o grupo experimental e a lista de espera;
- Avaliar os efeitos do TRI-P nos sintomas de ansiedade e depressão dos participantes do grupo experimental, após a intervenção;
- Investigar se houve aumento significativo nos níveis de regulação emocional e nas habilidades sociais dos participantes do grupo experimental, após a intervenção;
- Investigar se houve diminuição significativa nos níveis de problemas de comportamento e labilidade do humor dos participantes do grupo experimental, após a intervenção;
- Verificar se houve diminuição significativa nos escores dos sintomas de ansiedade e depressão dos participantes do grupo experimental, após a intervenção;
- Verificar se existe correlação entre habilidades sociais e regulação emocional e entre problemas de comportamento e labilidade do humor, no grupo experimental.

### **1.2 MÉTODO**

#### **1.2.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo quantitativo, *quasi*-experimental. Nos estudos empíricos comparou-se o grupo experimental, que recebeu a intervenção do protocolo TRI-P, com o grupo controle do tipo lista de espera, em relação aos níveis de habilidades sociais, problemas de comportamento, labilidade do humor e regulação emocional, em dois tempos: antes e após a intervenção. No estudo empírico II acrescentou-se a avaliação nos escores de sintomas dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo, antes e após a intervenção.

#### **1.2.2 Cálculo amostral**

Para a determinação do tamanho de amostra, tomou-se como base a diferença entre médias no fator “*Emotion dysregulation*” apresentada no estudo intitulado “*Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Trial*” (Suveg et al., 2008). Nessa pesquisa a diferença entre os escores pré e pós intervenção foi de 8,89% [Pré: 30,91±6,26 vs. Pós: 28,16±6,64]. Assumindo esta diferença como possível nessa pesquisa e, considerando um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ), um poder amostral de

80% ( $1 - \beta$ ) e uma margem de erro de 7,5%, o tamanho mínimo de amostra foi definido com 16 investigados por grupo (controle e intervenção). Os cálculos foram realizados pelo programa Stata, versão 13.1 (StatCorp, College Station, Texas, EUA).

Durante a aplicação do estudo piloto, percebeu-se dificuldades na condução do grupo em relação ao alto número de participantes, que totalizou 17. Assim, a partir da pilotagem, pensou-se em diminuir o número de participantes por grupo. Para isso, refez-se o cálculo amostral, assumindo uma margem de erro de 10%, percentual ainda aceitável pela literatura (Spiegel, 2006). O tamanho mínimo da amostra foi definido com 12 investigados por grupo (grupo experimental e grupo controle). Optou-se por calcular novamente frente a necessidade de que houvesse maior interação entre os participantes, participação de todos nas atividades e maior aprendizado. Além disso, para ser viável a realização da pesquisa nas escolas e o recrutamento das crianças, visto que nem todos os responsáveis convidados mostraram interesse em participar.

### **1.2.3 Local de estudo**

O estudo de relato de experiência e o estudo empírico I foram realizados em uma escola particular. O estudo empírico II foi realizado em duas escolas: uma pública e outra particular. Todas escolas estão localizadas em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul.

### **1.2.4 Participantes**

A amostra foi composta por crianças, estudantes de escolas particulares e escola pública. Foram incluídas crianças com idade entre 7 e 9 anos de idade, devidamente matriculadas nas escolas e que apresentaram consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis. Foram excluídas crianças que não entregaram algum documento na avaliação pré ou pós intervenção.

### **1.2.5 Instrumentos**

Questionário de dados sociodemográficos: Construiu-se um questionário (Anexo A) que auxiliou na caracterização dos participantes. Essa ficha foi preenchida pelos responsáveis e abordou questões relacionadas à história de vida, desenvolvimento e escolaridade da criança, histórico de transtornos psiquiátricos na família, entre outros. As características sócio-demográficas da amostra foram definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo B), que é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade

de alguns itens domiciliares de conforto, grau escolaridade do chefe de família e acesso a serviços públicos) para diferenciar a população. O instrumento atribui pontos em função de cada característica domiciliar, após, faz-se o somatório dos pontos e, com isso, realiza-se uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definida por estrato A, B, C, D e E. (ABEP, 2018).

*Children's Depression Inventory* (CDI): Foi desenvolvido por Kovacs (1983) e validado no Brasil por Gouveia e colaboradores em 1995. O CDI (Anexo C) é constituído por 27 itens que avaliam a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do auto relato. Cada item contém três opções de escolha que são classificadas variando de 0 (não verdadeiro) a 2 (muito verdadeiro), refletindo o grau de sintomas depressivos específicos nas últimas 2 semanas. A pontuação total varia de 0 a 54 e pontuações mais altas indicam sintomatologia depressiva mais grave. Em um estudo com jovens do sul do país, encontrou-se a consistência interna de 0,85, considerada alta. Definiu-se, como ponto de corte para pacientes clinicamente significativos, a pontuação 14, para meninos, e 16, para meninas (Wathier, Dell'Aglia & Bandeira, 2008).

*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED): É um instrumento multidimensional desenvolvido por Boris Birmaher e colaboradores em 1997 e adaptado e validado para o uso no Brasil por Barbosa, Gaião e Barbosa, e Gouveia em 2002. O SCARED (Anexo D) contém 41 perguntas que avaliam sintomas de ansiedade em crianças de acordo com as categorias do DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e tem três opções de resposta (0= nunca/raramente; 1=algumas vezes; 2=frequentemente) e o participante deve marcar qual resposta melhor o descreve nos últimos 3 meses. As pontuações variam de 0 a 82 e as pontuações mais altas refletem níveis mais altos de ansiedade. No estudo de adaptação e validação no Brasil, encontrou-se consistência interna de 0,87, considerada alta (Barbosa, Gaião e Barbosa & Gouveia, 2002). Em um estudo com adolescentes no sul do Brasil, o alfa de cronbach mostrou-se alto,  $\alpha=0,90$  (Isolan, Salum, Osowski, Amaro & Manfro, 2011). Identificou-se como adequado o ponto de corte de 37 pontos (Barbosa et al., 2002; Isolan et al., 2011).

*Emotional Regulation Checklist* (ERC): É uma escala construída por Shields e Cicchetti em 1995. Foi traduzida, adaptada e validada em 2016 para português brasileiro por Reis e colaboradores. A ERC (Anexo E) contém 24 itens, medidos através de uma escala do tipo

*Likert* de quatro pontos (1-nunca; 2-algumas vezes; 3-frequentemente; 4-quase sempre) e é preenchido pelos responsáveis da criança. A ERC avalia dois constructos: Regulação Emocional (RE), que diz respeito a consciência emocional da criança e Labilidade/Negatividade Emocional (L/N), que refere a inflexibilidade e labilidade do humor. A subescala RE é avaliada a partir de nove itens e a sub-escala L/N consiste em quinze itens. Escores mais altos na subescala RE indicam maior regulação emocional e escores mais altos na subescala L/N indicam maior desregulação emocional. A consistência interna das escalas apresentou-se adequada (L/N  $\alpha = 0,96$ ; RE  $\alpha = 0,83$ ) e elas mostraram-se intercorrelacionadas ( $r = -0,50$ ,  $p < 0,001$ ) (Reis et al., 2016).

*Social Skills Rating System (SSRS-BR)*: O instrumento foi elaborado e validado nos Estados Unidos por Frank Gresham e Stephen Elliot em 1990 e traduzido e adaptado para o Brasil por Zilda Del Prette e Almir Del Prette em 2003. É um sistema de avaliação de habilidades sociais, que inclui ainda medidas de comportamentos problemáticos e de competência acadêmica de crianças do Ensino Fundamental. No Brasil é conhecido como “Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças”. É uma escala composta por três questionários de avaliação: autoavaliação respondido pela criança, avaliação realizada por pais ou responsáveis e a avaliação por professores. Portanto, ele abrange a avaliação direta e indireta do repertório de habilidades sociais. Nessa pesquisa foram utilizadas as versões destinadas às crianças e aos pais/responsáveis. A escala preenchida pelas crianças possui 20 itens, os quais são respondidos de acordo com a frequência dos comportamentos e as respostas são organizadas em escala *Likert* (0=nunca, 1=algumas vezes, 2=muito frequente). Já a escala dirigida aos pais/responsáveis possuem duas medidas: uma que avalia habilidades sociais da criança, que possui três alternativas de respostas em relação à frequência de ocorrência (0=nunca, 1=algumas vezes e 2=muito frequente) e três alternativas em relação à importância das habilidades (0=não importante, 1=importante e 2=indispensável). Já a outra medida avalia os comportamentos problemáticos e são respondidos apenas em relação à frequência de ocorrência, com três alternativas de resposta (0=nunca, 1=algumas vezes e 2=muito frequente). As escalas de avaliação de habilidades sociais obtiveram as seguintes consistências internas: 0,78 para a versão das crianças e 0,86 para a versão dos pais/responsáveis. Já a escala de avaliação dos comportamentos problemáticos, os valores de alfa de Cronbach foi de 0,83 (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009). Esse instrumento possui direitos autorais e, por isso, é proibida a reprodução não autorizada.

### 1.2.6 Procedimentos de coleta de dados

O convite aos responsáveis das crianças ocorreu de forma diferente no estudo empírico I, que foi o estudo piloto em uma escola particular, e no estudo empírico II, que ocorreu em uma escola particular e uma pública. A seguir, será explicitada essa diferença.

Inicialmente, a proposta de intervenção foi apresentada em uma escola particular de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul para a realização do estudo piloto. Os responsáveis do local assinaram uma carta de autorização para a realização da pesquisa.

A ideia inicial era realizar uma palestra para explicar aos responsáveis sobre a pesquisa, entretanto, não foi viável a organização dessa palestra, em virtude da escola relatar o costume de não comparecimento dos pais às reuniões da escola. Assim, a escola disponibilizou o contato dos pais de crianças com idade entre 7 e 9 anos de idade, matriculados na escola no turno integral, visto que acordou-se com a direção que os encontros ocorreriam no turno inverso ao curricular.

Nesse telefonema, realizado pela mestrandia, explicou-se o projeto de pesquisa, o objetivo e os procedimentos de coleta de dados, além do protocolo TRI-P e os resultados esperados. Aos responsáveis interessados enviou-se, através das crianças, os documentos a serem preenchidos: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário de dados sócio demográficos e as escalas *Emotional Regulation Checklist* (ERC) e *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) – Versão Pais. A professora dos alunos ficou encarregada de recolher os documentos e entregar à equipe do projeto.

Após a realização do estudo piloto, percebeu-se que seria necessário e importante alterar o contato inicial com os responsáveis, a fim de tornar mais próximo contato deles com a mestrandia e pesquisadora responsável. O estudo empírico II ocorreu em uma escola pública e uma escola particular de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Para realizar a pesquisa em escola pública, foi necessário contatar a Secretaria Municipal para a autorização e, posteriormente, realizou-se o contato com a direção da escola selecionada pela secretaria. Ambas escolas assinaram uma carta de autorização para a realização da pesquisa.

O passo seguinte, em ambas escolas, foi contatar as famílias de crianças com idade entre 07 e 09 anos. Na escola particular ofertou-se a pesquisa apenas para os pais das crianças de 7 a 9 anos que frequentavam o turno integral da escola, visto que os encontros seriam realizados no turno inverso do período curricular, conforme disponibilizado e acordado com a equipe de direção. Já na escola municipal, todas as crianças de 7 a 9 anos foram convidadas para a pesquisa.

Os responsáveis das crianças com idade entre 7 e 9 anos foram convidados a participar de uma palestra que ocorreu após um encontro já determinado no calendário escolar. Por exemplo, na escola pública a palestra ocorreu após a entrega de notas e na escola particular a palestra foi realizada em um encontro de combinações e novidades sobre o turno integral. Na palestra, com duração de aproximadamente 30 minutos, apresentou-se o projeto, os objetivos, os procedimentos, o protocolo TRI-P e os resultados esperados após a intervenção. Essa palestra foi conduzida pela mestrandia do projeto. Os responsáveis que demonstraram interesse preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e levaram para preencher em casa o questionário de dados sócio demográficos e as escalas *Emotional Regulation Checklist* (ERC) e *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) – Versão Pais.

Na escola particular, a psicóloga do local ficou encarregada de recolher os documentos devolvidos e entrar em contato com os pais que não compareceram na reunião inicial, a fim de convidá-los para a pesquisa. Na escola municipal, a diretora encarregou-se de recolher os materiais e a escola disponibilizou o contato dos responsáveis, assim a mestrandia do projeto contactou os responsáveis das crianças que não haviam comparecido na palestra convidando-os para a pesquisa.

Nas três escolas, ou seja, em ambos estudos empíricos, em um momento posterior, as crianças que tiveram o TCLE assinado pelos pais, foram convidadas a assinar o Termo de Assentimento (TALE) e avaliadas no momento pré intervenção. O tempo entre a entrega do TCLE e a avaliação inicial com as crianças foi de aproximadamente duas semanas. No estudo empírico I a avaliação pré intervenção com as crianças foi realizada com o instrumento: *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) – Versão Criança. No estudo empírico II acrescentou-se as escalas *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e *Children Depression Inventory* (CDI). As avaliações foram realizadas nas escolas das crianças em uma sala de aula disponibilizada pelas equipes de direção e conduzidas de forma grupal por uma estudante de Psicologia, que também foi assistente dos grupos e foi treinada para a aplicação dos instrumentos. A assistente leu o TALE e cada item das escalas, explicando o sentido de cada afirmação e as opções de respostas. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 30 minutos.

Em cada escola, após a primeira avaliação dividiu-se de maneira não aleatória as crianças no grupo experimental (GE) e grupo controle do tipo lista de espera (GC). Por exemplo, na escola pública os alunos inclusos que estudavam de manhã iniciaram a pesquisa no GE e os alunos inclusos do turno da tarde permaneceram em lista de espera. Já nas escolas particulares havia irmãos ou parentes que frequentavam o turno integral juntos, então cada um

foi alocado em um grupo e essa divisão das crianças foi realizada pela psicóloga e coordenação da escola. Assim, em cada escola organizou-se um grande grupo de crianças inclusas na pesquisa. Cada grande grupo foi dividido em grupo experimental e um grupo controle.

O GC foi composto por crianças que não receberam a intervenção do TRI-P no primeiro momento, entretanto foram chamadas após três meses para participar do programa, ou seja, quando terminou a intervenção com o GE. Já no GE participaram as crianças que foram submetidas ao programa logo após a avaliação inicial.

A intervenção com o TRI-P ocorreu em uma sala de aula desocupada e disponibilizada em cada escola. O TRI-P é constituído por 12 encontros semanais e teve duração de 1 hora e 15 cada encontro, na escola particular do estudo piloto e 1 hora na escola pública e na outra particular. O tempo de duração foi acordado juntamente com cada equipe de direção. Compreende-se que a intervenção com o TRI-P durou, aproximadamente 3 meses. Na escola pública, os grupos ocorreram no período curricular. Já nas escolas particulares os encontros do GE ocorreram durante o turno integral, em ambos casos, de manhã, pois as crianças estudavam a tarde. Cada grupo foi coordenado pela mestrandia do projeto e uma assistente de pesquisa que é estudante de Psicologia, ambas treinadas para aplicar o protocolo TRI-P. Os materiais necessários para as atividades, como lápis, canetas coloridas, tesouras e papel pardo foram fornecidos pela mestrandia do projeto. Já os cadernos de atividades do TRI-P foram fornecidos pelos criadores do programa e pela Editora Sinopsys.

Após o término dos 12 encontros de intervenção com o GE, todas as crianças foram reavaliadas (pós-teste), ou seja, as crianças do GE e as crianças que permaneceram na lista de espera. O período entre a avaliação pré e a pós foi de, aproximadamente, 3 meses. Novamente, a avaliação foi realizada pela assistente de pesquisa em uma sala de aula disponibilizada pelas escolas. No estudo empírico II, as crianças preencheram o *Children's Depression Inventory* (CDI), *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e o *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Crianças e no estudo empírico I apenas o SSRS-BR Versão Crianças. A assistente leu cada item das escalas, explicando o sentido de cada afirmação e as opções de respostas. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 25 minutos.

Do mesmo modo, todos responsáveis participaram da reavaliação, preenchendo a *Emotional Regulation Checklist* (ERC) e o *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Pais. Em uma das escolas particulares a psicóloga do local ficou responsável por contatar novamente os pais e enviar os documentos, através das crianças, para serem preenchidos. Na

outra escola particular, que ocorreu o estudo piloto, e na pública, a mestranda do projeto contatou as famílias para convidá-las para a reavaliação e as professoras ficaram encarregadas de enviar e recolher os documentos. Posteriormente, todos documentos devolvidos foram entregues para a mestrada do projeto. O tempo entre a entrega e o retorno dos documentos da avaliação pós foi de duas semanas.

Nas três escolas, tanto na avaliação pré, quanto na avaliação pós, conforme os documentos foram sendo entregues a equipe de pesquisa, composta pela mestranda, uma colaboradora, auxiliares de pesquisa e uma bolsista de iniciação científica foram corrigindo as escalas e passando os dados para o banco de dados. Os membros da equipe foram devidamente treinados para a aplicação e correção de todos os instrumentos das avaliações.

### **1.2.7 Terapia de Regulação Infantil - Modelo Preventivo**

A Terapia de Regulação Infantil (TRI) é um protocolo de intervenção criado por Renato Maiato Caminha e Marina Gusmão Caminha em 2012. Inicialmente, a TRI foi desenvolvida para o tratamento dos Transtornos de Ansiedade e do Transtorno Depressivo no modelo clínico, objetivando adaptar e inovar o modelo cognitivo da ansiedade e da depressão da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), destinado à infância e pré-adolescência (Caminha, Caminha & Finger, 2017). Atualmente, o protocolo possui uma modalidade de prevenção universal, denominada Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P), Terapia de Regulação Infantil Preventiva ou protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil. O TRI-P enfatiza o desenvolvimento socioemocional das crianças, com o objetivo de prevenir problemas relacionados os quadros de ansiedade e depressão (Caminha, Caminha & Justo, 2015; Caminha, Caminha & Duarte, 2017).

Além de representar o título do programa, a sigla TRI, tanto na modalidade clínica quanto na preventiva, refere-se a um acrônimo que engloba os componentes básicos da TCC, ou seja, emoção, pensamento e comportamento e às etapas do protocolo. Dessa forma, a etapa T indica o trabalho com as emoções, a etapa R remete à reciclagem dos pensamentos e a etapa I refere-se à inovação dos comportamentos. Para maior compreensão do público infanto-juvenil, o protocolo TRI foi moldado com a utilização de metáforas, com o objetivo de facilitar a criação de representações mentais específicas sobre cada etapa da intervenção (Caminha et al., 2017).

O modelo clínico e preventivo visa desenvolver habilidades na infância, como a educação emocional, empatia e expressão assertiva das emoções. Além de aperfeiçoar habilidades sociais, auxiliar na resolução de problemas e treinar exercícios que propiciam o

relaxamento do corpo e da mente, alcançando o bem-estar (Caminha et al., 2017). Frente a isso, cada encontro do TRI-P tem objetivos específicos a serem alcançados, através de atividades lúdicas e práticas. Cada criança recebe um caderno para acompanhar e realizar as tarefas e, no final dos encontros, esse caderno é levado para casa. A seguir são descritos os objetivos de cada encontro do TRI-P.

#### Encontros T – Trabalho com as emoções

A primeira etapa da intervenção proposta pelo protocolo preventivo da TRI envolve a introdução do conceito de emoção, explicando-o através da psicoeducação de emoções agradáveis de sentir (amor e alegria) e desagradáveis de sentir (raiva, tristeza, nojo e medo). A metáfora central dessa etapa baseia-se nas ondas do mar, em que as emoções são vistas como ondas, pois balançam o barco ao passar e podem influenciar a maneira de pensar e agir dos indivíduos. A capacidade de auto percepção das emoções é exercitada com a atividade de expressões corporais de cada emoção, localizando em qual parte do corpo a emoção é sentida e como ela se manifesta (postura, voz e expressões faciais).

Trabalha-se com a identificação de situações ativadoras das emoções e a consciência emocional para alcançar o bem-estar. O desenvolvimento da empatia é estimulado através de atividades de exercício de adivinhação das emoções e pensamentos do colega. Nessa etapa também trabalha-se com posições de relaxamento e técnicas de respiração.

#### Encontros R – Reciclagem dos pensamentos

A segunda etapa da intervenção baseia-se na metáfora da reciclagem, que caracteriza-se pela compreensão de que os pensamentos que não ajudam poluem a maneira de ver o mundo e, por isso, podem ser reciclados. Para isso, utiliza-se como recurso a máquina da reciclagem, que tem por objetivo flexibilizar pensamentos desagradáveis com o auxílio das palavras porém, portanto e logo posso aceitar. Introduz-se o conceito de assertividade, questionando exemplos de manifestações adequadas do pensamento advindo da emoção. Relaciona-se as emoções desagradáveis com os pensamentos que não ajudam ou também chamados vermelhos.

Outro conceito utilizado diz respeito à difusão de comportamentos advindos de pensamentos e emoções agradáveis de sentir. Entretanto, ao invés de recicla-los, utiliza-se a metáfora dos fogos de artifício e a ferramenta da máquina da difusão, para explicar o que é difundir/espalhar os pensamentos. Relaciona-se as emoções agradáveis de sentir com os pensamentos que ajudam ou verdes.

## Encontros I – Inovação dos comportamentos

A etapa I pauta-se na metáfora do efeito bumerangue, compreendendo que os comportamentos são como um bumerangue, ou seja, o modo de se comportar retorna para a pessoa da mesma forma que foram lançados. Essa fase objetiva desenvolver a capacidade de modificar comportamentos que não ajudam, auxiliando as crianças a evocar atitudes favorecedoras do bem-estar e respeito. Para treinar habilidades sociais, as crianças são convidadas a dramatizar cenas comportamentais.

Para finalizar, apresenta-se o modelo das necessidades básicas das crianças, através das letras A B C D e E que significam amar, brincar, comer, dormir e estudar. Entrega-se um resumo sobre as atividades e habilidades desenvolvidas durante o programa e realiza-se um esquema relacional entre emoção, pensamento, comportamento e reações corporais.

### 1.2.8 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Efetividade da Terapia de Regulação Infantil”, o qual está com parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS, bem como cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Para o presente estudo, foram realizados adendos ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Anexo F). Este estudo seguiu as diretrizes e normas vigentes regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução N° 466/12 e sobre a utilização de dados coletados em pesquisa da Resolução N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

O contato com as crianças deu-se somente após os responsáveis realizarem a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo G). Já as crianças foram convidadas a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE - Anexo H). Nesse sentido, os participantes e responsáveis foram informados do objetivo e dos procedimentos de coleta, recebendo uma cópia do TCLE e TALE. Além disso, explicou-se sobre a participação voluntária, riscos e benefícios e sigilo dos dados coletados e da identificação dos indivíduos.

### 1.2.9 Análise dos dados

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade. O estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas ocorreu pelo teste de *Kolmogorov Smirnov*. Para a análise bivariada entre variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-quadrado de

Pearson ( $\chi^2$ ). Nas situações em que as tabelas de contingência apresentaram valores com frequências esperadas superiores a 20% utilizou-se o teste Exato de Fisher (simulação de Monte Carlo).

Na análise que envolveu as variáveis contínuas na comparação entre dois grupos independentes foi empregado o teste *t-Student*. Quando a análise envolveu a comparação entre as avaliações pré e pós intervenção foi realizado o teste *t-Student* para amostra dependente. A avaliação da relação de linearidade entre os níveis de regulação emocional e habilidades sociais e entre problemas de comportamento e labilidade do humor foi investigada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, frente a normalidade dos dados.

Para a avaliação do impacto da intervenção observado nas medidas contínuas ao final do estudo, estimou-se o tamanho do efeito com adoção do seguinte critério de classificação:  $< 0,19$  = efeito insignificante;  $0,20 - 0,49$  efeito pequeno;  $0,50 - 0,79$  = efeito médio;  $0,80 - 1,29$  = efeito grande e  $> 1,30$  = efeito muito grande (Cohen, 1988). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Encontra-se avanços nas produções internacionais referente à viabilidade e efetividade da execução de programas preventivos (Murta, 2007). Entretanto, uma revisão sistemática da literatura apontou escassez de artigos produzidos sobre o tema no território brasileiro (Fernandes, Alckmin-Carvalho, Izibicki & Melo, 2014). Pesquisadores reiteram a importância de analisar os efeitos de intervenções precoces através do desenvolvimento de pesquisas, para ser possível identificar e disseminar resultados (Justo, Santos & Andretta, 2017; Abreu, Barletta & Murta, 2015). Nessa perspectiva, percebe-se a existência de lacunas científicas relacionadas à execução de intervenções preventivas no Brasil, o que justifica teoricamente essa pesquisa.

A presença de sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes pode ser considerada um fator de risco para uma série de problemas durante o desenvolvimento e, conseqüentemente, na adultez (Golfeto, 2013; Cruvinel & Boruchovitch, 2014). Frente a isso, a justificativa social dessa pesquisa apoia-se na importância de investir em estudos com intervenções preventivas que focalizam no desenvolvimento de fatores de proteção para a promoção de saúde mental em crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: Pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54-74). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2018). *Critério de Classificação econômica Brasil (CCEB)*.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 25(2), 271-282. doi 10.1590/S0102-37722009000200016
- Barbosa, G. A., Gaião e Barbosa, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279193421\\_Transtorno\\_de\\_ansiedade\\_na\\_infancia\\_e\\_adolescencia\\_um\\_estudo\\_de\\_prevalencia\\_e\\_validacao\\_de\\_um\\_instrumento\\_SCARED\\_de\\_triagem](https://www.researchgate.net/publication/279193421_Transtorno_de_ansiedade_na_infancia_e_adolescencia_um_estudo_de_prevalencia_e_validacao_de_um_instrumento_SCARED_de_triagem)
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. doi 10.1097/00004583-199704000-00018
- Caminha. R. M., Caminha, M. G., & Duarte, V. (2017). Programa TRI Preventivo de educação socioemocional. In J. M. Alves (Org.). *Abordagens Cognitivo-comportamentais no contexto escolar* (pp. 164-178). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, M. G., Caminha, R. M., & Justo, A. R. (2015). Trabalho de Reciclagem Infantil - Preventivo (TRI-P): Aplicação em grupo de escolares. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia Cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 88-101). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Cohen J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 167-206). Campinas, SP: Alínea.
- Fernandes, L. F. B., Alckmin-Carvalho, F., Izibicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. doi 10.15348/1980-6906
- Golfeto, J. H. (2013). Epidemiologia em psiquiatria na infância e adolescência. In F. B. Assumpção & E. Kuczynski. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279192324\\_Inventario\\_de\\_depressao\\_infantil\\_-\\_CDI\\_Estudo\\_de\\_adaptacao\\_com\\_escolares\\_de\\_Joao\\_Pessoa](https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa)
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social skills rating system: Manual*. USA: American Guidance Service
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748. doi 10.1016/j.janxdis.2011.03.015
- Justo, A. R., Santos, A. & Andretta, I. (2017). Programas de prevenção na infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 59-75). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8. doi 10.1590/S0102-79722007000100002.

- Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotional Regulation Checklist (ERC): Estudos preliminares de adaptação e validação para a cultura brasileira. *Trends in Psychology* 24(1), 77-96. doi 10.9788/TP2016.1-06
- Shields, A. M., & Cicchetti, D. (1995). *The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Indianapolis, IN, USA.
- Spiegel, M. R. (2006). Estatística. 3 ed. São Paulo, SP: Pearson.
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M.L., Morelen, D., Thomassion, K. & Whitehead, M.M (2008). Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *J Abnorm Child Psychol* 46, 569–580. doi 10.1007/s10802-017-0319-0
- Wathier, J. L., Dell`Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010)

## 2 SEÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, apresenta-se uma fundamentação teórica sobre o tema da dissertação. São descritos os níveis de prevalência e as consequências da presença de sintomas de transtornos mentais na infância e adolescência. Após, salienta-se a importância da implementação de programas preventivos a partir do trabalho de desenvolvimento socioemocional como fator de promoção de saúde nas crianças. Por fim, apresenta-se alguns programas preventivos no ambiente escolar para o desenvolvimento de competências socioemocionais e redução de sintomas. Ainda nessa seção, há o estudo intitulado “Intervenção baseada em um protocolo de Terapia Cognitivo-comportamental: Um relato de experiência com crianças no ambiente escolar”, que visa relatar a experiência da aplicação do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil com um grupo piloto de crianças em uma escola particular de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Esse estudo foi submetido a uma revista e aceito para publicação.

## **2.1 SEÇÃO TEÓRICA I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOBRE O TEMA DA DISSERTAÇÃO**

### **2.1.1 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

De acordo com os dados da *World Health Organization* (WHO), a presença de psicopatologias em crianças e adolescentes têm aumentado nos últimos anos, variando de 10% a 20% (WHO, 2001; 2012). Na população mundial infanto-juvenil encontra-se alta prevalência de transtornos mentais, como de ansiedade, de depressão, de desatenção e hiperatividade e de conduta (Murta, 2007; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Em uma pesquisa brasileira encontrou-se prevalência de 13,4% para qualquer transtorno mental, 6,5% para Transtornos de Ansiedade, 2,6% para Transtorno Depressivo, sendo estes altamente prevalentes de forma isolada ou em comorbidade e 3,4 para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Epkins & Heckler, 2011; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). Uma pesquisa brasileira avaliou uma amostra de 479 crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo e apontou que 24,6% da amostra possuía problemas de saúde mental (Paula, Duarte & Bordin, 2007). No Rio Grande do Sul, um estudo apontou que 39,3% das crianças da amostra de uma pesquisa foram classificadas com problemas clínicos (Borsa, Souza & Bandeira, 2011).

Apresentar sintomas psicopatológicos na infância ou adolescência é um fator de risco, podendo acarretar importantes prejuízos no desenvolvimento posterior (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; Golfeto, 2013; Cruvinel & Boruchovitch, 2014). As consequências de transtornos mentais não tratados incluem déficits no desempenho acadêmico, dificuldades de relacionamento e maior envolvimento com violência e drogas (Murta, 2007). De acordo com pesquisas, a presença de sintomas no período infanto-juvenil está associada a um aumento de pelo menos três vezes nas chances de desenvolver um distúrbio na vida adulta (Copeland et. al., 2013; Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014).

Diante disso, torna-se fundamental executar programas preventivos com crianças e adolescentes frente à prevalência e gravidade das consequências dos transtornos mentais nesse público (Murta, 2007). Nesse sentido, evidências indicam que intervenções precoces podem prevenir sintomatologias, reduzir a gravidade e a evolução da patologia, assim como atenuar o desenvolvimento de comorbidades dos transtornos mentais na infância e adolescência (Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012).

### 2.1.2 PROGRAMAS PREVENTIVOS NO AMBIENTE ESCOLAR

Conforme a WHO (2005), os programas preventivos tem como objetivo a redução sintomatológica e devem ser aplicados através de trabalhos que envolvam a família, serviços especializados e escolas. O ambiente escolar é considerado favorável para o desenvolvimento de saúde mental em crianças e, por isso, há uma crescente procura para a realização de pesquisas com programas preventivos em escolas, destinados ao público infantil (Herzig-Anderson, Colognori, Fox, Stewart & Warner, 2012; Fernandes, Alckmin-Carvalho, Izibicki & Melo, 2014; Stallard et al., 2014). Programas com o objetivo de promover resultados positivos e prevenir comportamentos problemáticos no público infanto-juvenil estão sendo cada vez mais usados em ambientes educacionais (Greenberg, 2010; Weare, 2010; *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL]*, 2015). Além da possibilidade de ofertar uma amostra numerosa e variada, os programas grupais em escolas visam beneficiar um grande número de crianças, diminuindo, assim, as limitações dos atendimentos psicológicos em saúde pública (Fernandes et al., 2014; Paternostro, Sullivan, Behar, Berlyant & Friedberg, 2015).

Uma revisão de bibliografia apontou que a escola pode ser considerada um ambiente promissor para o encontro entre educação e saúde, articulando propostas de prevenção e promoção de saúde (Casemiro, Fonseca & Secco, 2014). A escola tem a missão educacional de integrar a aprendizagem acadêmica, social e emocional, contribuindo para o desenvolvimento saudável das crianças (Durlak, Dymnicki, Taylor, Weissberg, & Schellinger, 2011). Nesse sentido, para aumentar a qualidade na educação faz-se necessário investir, também, no desenvolvimento sócio-emocional dos alunos, promovendo bem-estar (Durlak et al., 2011; Abed, 2014; Domitrovich, Durlak, Staley & Weissberg, 2017).

Evidências indicam que intervenções com o objetivo de desenvolver competências socioemocionais no público infanto-juvenil influenciam positivamente o desenvolvimento saudável e na mudança de comportamento das crianças (Domitrovich et al., 2017). Pesquisas realizadas reiteram a premissa de que intervenções focadas nas emoções e nos comportamentos sociais em ambiente escolar tem impacto positivo sobre os resultados acadêmicos e no desenvolvimento de habilidades sociais dos alunos (Zins, Weissberg, Wang & Walberg, 2004; Bloodworth, Walberg & Weissberg, 2014; CASEL, 2015; Domitrovich et al., 2017). Esse dado é corroborado por uma meta-análise com 40 estudos sobre programas universais de aprendizagem socioemocional em escolas, entre 1970 e 2016. Os resultados encontrados apontam correlação positiva entre comportamentos sociais e emocionais com o desempenho acadêmico dos alunos (Corcoran, Cheung, Kim & Xie, 2018).

### 2.1.3 COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS NA INFÂNCIA

De acordo com o *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL), o desenvolvimento emocional e social refere-se ao processo através do qual as pessoas adquirem e aplicam de maneira eficaz os conhecimentos, atitudes e habilidades precisas para compreender e regular emoções, além de demonstrar empatia, estabelecer relações saudáveis e tomar decisões responsáveis. O processo de compreensão emocional está diretamente relacionado com a promoção de saúde mental, na medida em que o indivíduo pode desenvolver a capacidade de experienciar e controlar emoções de maneira assertiva, melhorando seu funcionamento emocional e interpessoal (Freire & Tavares, 2011; Vasco, 2013). Nesse sentido, intervenções de caráter preventivo que promovam competências emocionais e sociais tornam-se fundamentais para o desenvolvimento saudável das crianças (Weare & Nind, 2011; Sklad, Diekstra, Ritter, Ben & Gravesteyn, 2012).

Uma meta-análise de 75 estudos publicados de 1995 a 2008 analisaram os efeitos de programas universais para trabalhar com aspectos emocionais, sociais e comportamentais. Os resultados apontam que os programas aumentaram os níveis de habilidades socioemocionais e auxiliaram na redução de comportamentos problema (Sklad et al., 2012).

Um estudo mais recente investigou os resultados de 213 programas universais que trabalham com educação socioemocional em escolas. Os achados dessa pesquisa revelam o impacto positivo das intervenções nas competências sociais, emocionais e cognitivas das crianças. Essa conclusão é corroborada pelo aumento no reconhecimento das emoções, controle de estresse, desenvolvimento de empatia, aumento da motivação, aumento na capacidade de resolução de problemas e níveis mais baixos de sofrimento emocional das crianças submetidas aos programas. Além disso, observou-se que os participantes da intervenção demonstraram melhoras significativas nas habilidades sociais e emocionais, nos comportamentos e no desempenho acadêmico (Durlak et al., 2011).

A presença de competências socioemocionais pode ser vista como fator de proteção que reduz a probabilidade de engajamento em comportamento problemático, relacionando-se a maiores chances de sucesso no desenvolvimento (CASEL, 2015). Pesquisas destacam que programas de aprendizagem socioemocional melhoram o desempenho acadêmico, aumentam o comportamento social positivo, reduz problemas de conduta e sofrimento emocional das crianças e adolescentes. Além disso, programas de prevenção com foco no desenvolvimento de competências emocionais associam-se a uma maior capacidade de tolerar frustrações, melhores níveis de habilidades sociais e diminuição de problemas internalizantes e

externalizantes (Durlak et al., 2011; Sklad et al., 2012; Nix, et al., 2016; Corcoran et al., 2018).

Esses dados são corroborados por uma pesquisa que evidenciou a relação entre níveis mais elevados de regulação emocional e menor índice de ansiedade social e depressão em crianças, assim como maior utilização de estratégias eficazes de resolução de problemas (Salovey, Stroud, Woolery & Epel, 2002). Um estudo de revisão analisou intervenções com foco no desenvolvimento socioemocional realizadas no Reino Unido. Os resultados foram significativos e positivos no aperfeiçoamento de habilidades sociais e emocionais, elevação dos resultados acadêmicos e redução de problemas de comportamentos como a agressividade e *bullying* (Clarke, Morreale, Field, Hussein & Barry, 2015).

#### 2.1.4 PROGRAMAS PREVENTIVOS

A literatura internacional obteve um grande avanço nos últimos anos em relação às publicações de pesquisas com programas preventivos envolvendo crianças e adolescentes (Murta, 2007). Diversos estudos internacionais investem e apresentam evidências de intervenções preventivas, principalmente no ambiente escolar, de acordo com uma revisão da literatura (Fernandes et al., 2014).

O pesquisador Kendall (1994) foi um dos pioneiros em organizar um programa estruturado para o tratamento de ansiedade na infância, denominado *Coping Cat*. O protocolo objetiva modificar pensamentos disfuncionais e desenvolver comportamentos adaptativos. Utiliza-se técnicas de psicoeducação, resolução de problemas, relaxamentos, exposição gradual, modelagem e reforços (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997). Um importante foco do *Coping Cat* está no reconhecimento das reações corporais frente à ansiedade, seus marcadores somáticos e instruções para enfrentamento da situação ansiogênica com reestruturação cognitiva (Petersen, Bunge, Manil & Gomar, 2011). Esse protocolo foi adaptado para atendimento em grupo (Flannery-Schroeder & Kendal, 1996) e as intervenções incluem reconhecimento de sentimentos, reações fisiológicas e pensamentos relacionadas à ansiedade, assim como estratégias comportamentais de enfrentamento, relaxamento e exposição (Flannery-Shroeder & Kendall, 2000). Um estudo comparou os efeitos dos atendimentos individuais e grupais com o programa *Coping Cat*. Observou-se que, após a intervenção em ambas modalidades, os participantes deixaram de preencher critérios para ansiedade e esse ganho foi mantido no seguimento de três meses (Flannery-Shroeder & Kendall, 2000).

O programa FRIENDS (Barret, Lowry-Webster & Turner, 2000), originado na Austrália, atua com foco na prevenção universal e tratamento de ansiedade e depressão em

crianças e adolescentes (Iizuka & Barrett, 2011). A World Health Organization reconhece a eficácia do programa FRIENDS no desenvolvimento de habilidades para lidar com as emoções, assim como para resolução de problemas (WHO, 2004). O programa possui três versões, conforme idade da criança e fases do desenvolvimento. Fun FRIENDS para crianças de 4 a 6 anos, FRIENDS for Life destinado às crianças de 7 a 10 anos e My FRIENDS que engloba indivíduos de 11 a 17 anos de idade (Iizuka & Barrett, 2011). Uma pesquisa com o FRIENDS envolveu 31 crianças ansiosas em uma intervenção semanal em formato de grupo. Verificou-se que, após a intervenção, os participantes reduziram o nível de ansiedade e timidez e houve aumento nas medidas de resiliência (Barret, Fisak & Cooper, 2015). Uma pesquisa com o método FRIENDS encontrou resultados de aumento nas competências socioemocionais dos participantes, assim como uma diminuição nos comportamentos relacionados a problemas sociais e sintomatologia ansiosa e depressiva (Pavoski, Toni, Batista & Ignachewski, 2018).

O programa PATHS (*Promoting Alternative Thinking Strategies* - Promovendo Estratégias de Pensamento Alternativo) foi desenvolvido por Kusché e Greenberg (1994) e é dirigido a crianças no ambiente escolar. O PATHS tem como objetivo prevenir problemas de conduta, estimular a consciência emocional e promover competências sociais e de resolução de problemas.

Os resultados de pesquisas obtidos a partir da intervenção com o programa PATHS apontam para um aumento em comportamentos pró-sociais, diminuição de problemas externalizantes e sintomas emocionais. Além disso, encontrou-se melhoras significativas no que diz respeito ao reconhecimento emocional, habilidades socioemocionais das crianças submetidas ao programa (Humphrey et al., 2016; Humphrey, Barlow & Lendrum, 2018). Um estudo mais recente, na Croácia, mostrou que as crianças que receberam a intervenção PATHS apresentaram maiores níveis de comportamento pró-social e de regulação emocional, além de níveis mais baixos de hiperatividade, comportamento de oposição e agressão física (Novak, Mihić, Bašić, Nix, 2017).

O programa EMOTION: *Coping Kids - Managing Anxiety and Depression* é uma intervenção em grupo de 20 sessões para crianças de 8 a 13 anos, que apresentam sintomas de ansiedade, depressão ou ambos. O EMOTION é descrito como uma intervenção intensiva, além dos encontros em grupo, as crianças participam de dois encontros individuais com os coordenadores (Kendall, Stark, Martinsen, O'Neil & Arora, 2013). Os responsáveis também estão inseridos neste protocolo e ambos possuem cadernos de trabalho que devem ser preenchidos individualmente. O programa é dividido em duas etapas, as primeiras 10 sessões

objetivam a construção de habilidades úteis para enfrentar a ansiedade e depressão. Nas 10 sessões seguinte, o foco do tratamento baseia-se em seguir com a reestruturação cognitiva e início de técnicas de exposição gradual. As oito sessões destinadas aos pais ocorrem simultaneamente as dos filhos, objetivando potencializar as intervenções realizadas (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016). Realizou-se uma pesquisa com o programa em uma escola na Noruega com crianças de 9 a 10 anos de idade. Os resultados do estudo mostram-se satisfatórios, visto que tanto os líderes do grupo como as crianças recomendariam o programa a outras pessoas. Além disso, o programa mostrou-se viável tendo em vista a elevada facilidade de utilização do programa, considerada pelos professores da escola (Martinsen et al., 2016).

Os protocolos apresentados foram desenvolvidos internacionalmente e as pesquisas mostram resultados promissores com a execução de cada um. No Brasil, Renato e Marina Caminha desenvolveram o protocolo denominado Terapia de Regulação Infantil (TRI) para trabalhar com crianças e adolescentes. Esse protocolo tem duas modalidades: clínica e preventiva. A clínica destina-se ao tratamento de sintomatologia dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo. Já a preventiva, conhecida como Terapia de Regulação Infantil Preventiva ou Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P), visa desenvolver fatores de proteção para a prevenção de transtornos mentais, a partir do trabalho com o desenvolvimento de competências sociomocionais (Caminha, Caminha & Justo, 2015). A primeira pesquisa realizada com o protocolo TRI Clínico no Brasil apontou redução na sintomatologia ansiosa e depressiva dos participantes ao término na intervenção (Medeiros, 2015).

Os protocolos apresentados acima são propostas para trabalhar com crianças e jovens. Esses programas tem por objetivo prevenir e/ou reduzir a sintomatologia relacionada aos transtornos mentais e, para isso faz-se necessário desenvolver fatores de proteção.

O trabalho com as emoções, através de atividades lúdicas, pode ser considerado uma importante estratégia utilizada nos protocolos. O enfoque na regulação emocional se relaciona com a promoção do bem-estar e melhora no relacionamento interpessoal das crianças, resultando em níveis mais elevados de saúde mental e desenvolvimento saudável (Freire & Tavares, 2011; Vasco, 2013; Domitrovich et al., 2017). O TRI-P possui como diferencial o trabalho com todas as emoções básicas, baseando-se em um modelo de regulação emocional realizado em 15 passos (Caminha, 2019).

Outra técnica trabalhada nos protocolos é a reestruturação cognitiva. A criança é incentivada a testar a validade e utilidades de seus pensamentos, através do trabalho metacognitivo, organizando-os para que estes não prejudiquem sua rotina e autonomia

(Friedberg & McClure, 2004; Caminha & Caminha, 2012; Gormes & Stallard, 2017). O programa EMOTION, por exemplo, possui uma atividade denominada *Sunglass*, que demonstra, de modo lúdico, nossas distorções cognitivas (Martinsen et al., 2016). Já o programa TRI-P possui uma etapa destinada ao acesso dos pensamentos disfuncionais através de recursos lúdicos, como a máquina da reciclagem, em que o pensamento será reciclado e flexibilizado. Posteriormente, na mesma etapa, trabalha-se com a multiplicação de pensamentos funcionais, com o recurso denominado máquina da difusão. Esse pode ser considerado um diferencial no protocolo TRI-P, visto que a criança dispõe de dois recursos para utilizar quando houver pensamentos funcionais ou não, advindo de emoções agradáveis ou desagradáveis, respectivamente (Caminha, Caminha & Finger, 2017; Caminha et al., 2015).

No que diz respeito às relações interpessoais, o treino de habilidades sociais torna-se amplamente necessário em protocolos com o público infanto-juvenil (Del Prette & Del Prette, 2010). Todos os protocolos explicitados trabalham em algum momento com o aprimoramento de comportamentos pró sociais. Entretanto, o TRI-P possui uma etapa focada apenas nos comportamentos, chamada etapa “I”. É essa fase da intervenção que objetiva o desenvolvimento de competências sociais assertivas. Resultados de pesquisa tem sugerido que as habilidades sociais podem ser reconhecidas como um importante fator não só para o desenvolvimento social, mas também para o desenvolvimento acadêmico das crianças (Gresham & Elliott, 2008; Del Prette, Del Prette, Oliveira, Gresham & Vance, 2012).

Outro recurso terapêutico observado nos protocolos apresentados são as técnicas de relaxamento, as quais visam aliviar sintomas físicos desagradáveis desencadeados de emoções, como a ansiedade (Friedberg & McClure, 2004; Gormes & Stallard, 2017). A utilização de técnicas de relaxamento em populações adultas vêm mostrando sua eficácia. Assim, recentemente programas com intervenções baseadas em *mindfulness* estão sendo criados ou adaptados para crianças e adolescentes (White, 2012; Caminha & Caminha, 2013). Embora iniciantes, alguns resultados estão apontando benefícios também para a população infanto-juvenil, tanto para amostras consideradas clínicas como não-clínicas (Zenner, Herrnleben-Kurz & Walach, 2014).

O ambiente em que os protocolos são aplicados podem variar. O TRI Clínico, por exemplo, é destinado para o trabalho na clínica, enquanto que o TRI-P destina-se ao ambiente escolar (Caminha et al., 2015). Já o programa FRIENDS pode ser realizado tanto com a escola, quanto com na clínica (Iizuka & Barret, 2011). A inserção na escola pode ser um diferencial quando comparado aos demais protocolos, visto que oportunizam crescimento ao

grupo de escolares, no sentido de experienciarem novos comportamentos e sentimentos, desenvolvendo empatia e aprendendo como seus atos afetam o ambiente (Neufeld, Ferreira & Maltoni, 2016). Dessa forma, as escolas podem ser consideradas ambientes promissores para promoção, prevenção e implementação de intervenções que visam a saúde mental ao longo do desenvolvimento do público infanto-juvenil (Daolio, Elias & Neufeld, 2016; Herzig-Anderson et al., 2012).

## REFERÊNCIAS

- Abed, A. L. Z. (2016). O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. *Construção psicopedagógica*, 24(25), 8-27. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141569542016000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542016000100002&lng=pt&tlng=pt).
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*, Bowen Hills, Australia: Australian Academy Press.
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the fun FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(4), 231-242. doi 10.1017/bec.2015.12
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. doi 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Bloodworth, M. R., Walberg, H. J., & Weissberg, R. P. (2014). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of Educational and Psychological Consultation* 17(2-3), 191-210. doi 10.1080/10474410701413145
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 15-29. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942011000100004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100004&lng=pt)
- Caminha, R. M. (2019). *Darwin para psicoerapeutas: socialização, emoções, empatia e psicoterapia*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos Comportamentos: efeito bumerangue*. Porto Alegre, RS: Sinopsys.

- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos Pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência*. Porto Alegre, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência* (pp. 399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, M. G., Caminha, R. M., & Justo, A. R. (2015). Trabalho de Reciclagem Infantil - Preventivo (TRI-P): Aplicação em grupo de escolares. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 88-101). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 829-840. doi 10.1590/1413-81232014193.00442013
- Clarke, A. M., Morreale, S., Field, C. A., Hussein, Y., Barry, M. M. (2015). *What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK*. W H O Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.
- Collaborative for Social and Emotional Learning. (2015). *CASEL guide: Effective Social and emotional learning programs*. Retirado de: <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I. & Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(7), 791-799. doi 10.1111/jcpp.12062
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi 10.1016/j.jaac.2013.09.017
- Corcoran, R. P., Cheung, A., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56-72. doi 10.1016/j.edurev.2017.12.001
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Daolio, C. C., Elias, L. C. S., & Neufeld, C. B. (2016). Aplicação da abordagem cognitivo comportamental em escolas. In C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé. *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 85-122). Porto Alegre, RS: Artmed
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 38-49. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v1n2/v1n2a04.pdf>
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Oliveira, L. A., Gresham, F. M., & Vance, M. J. (2012). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International Journal*, 2, 1-16. Doi 10.1177/0020715211430373
- Domitrovich C. E., Durlak J. A., Staley K. C., & Weissberg, R.P. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Development*, 88(2), 408-416. doi 10.1111/cdev.12739
- Durlak J. A., Dymnicki A. B., Taylor R. D., Weissberg, R. P., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical child and family psychology review*, 14(4), 329-376. doi 10.1007/s10567-011-0101-8
- Fernandes, L. F. B., Alckmin-Carvalho, F., Izibicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. doi 10.15348/1980-6906
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278. doi 10.1023/A:1005500219286
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Freire, T. & Tavares, D. (2011). A influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. doi 10.1590/S0101-60832011000500003
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com*

- crianças e adolescentes*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Girolamo G., Dagani J., Purcell R., Cocchi A., & McGorry P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(1), 47-57 doi 10.1017/S2045796011000 746
- Golfeto, J. H. (2013). Epidemiologia em psiquiatria na infância e adolescência. In J. E. B. Assunção. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Gormes, V., Stallard, P. (2017). Transtorno de Ansiedade Generalizada na Infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 293-309). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Greenberg, M. T. (2010). School-based prevention: Current status and future challenges. *Effective Education*. 2, 27–52. doi 10.1080/19415531003616862
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social skills improvement system: Rating scales*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Warner, C. M. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 655-668. doi 10.1016/j.chc.2012.05.006
- Humphrey, N., Barlow, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Pert, K., Joyce, C., Stephens, A., Wo, L., Squires, Woods, K., Calam, R., & Turner, A. (2016). A cluster randomized controlled trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) curriculum. *Journal of School Psychology*, 58, 73-89. doi 10.1016/j.jsp.2016.07.002
- Humphrey, N., Barlow, A., & Lendrum, A. (2018). Quality Matters: Implementation Moderates Student Outcomes in the PATHS Curriculum. *Prev Sci*, 19, 197-208. doi 10.1007/s11121-017-0802-4
- Iizuka, C. A. & Barrett, P. M. (2011). Programa *FRIENDS* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In C. Petersen, & R. Wainer (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp.264-285). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100-110. doi 10.1037//0022-006x.62.1.100
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366-380. doi 10.1037//0022-006x.65.3.366

- Kendall, P. C., Stark, K. D., Martinsen, K., O'Neil, K. A., & Arora, P. (2013). *EMOTION: "Coping kids" managing anxiety and depression; groupleaders manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kusché, C. A., & Greenberg, M. T. (1994). *The PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) curriculum*. South Deerfield, MA: Channing-Bete.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and Feasibility of the Transdiagnostic Emotion Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13. doi 10.1016/j.cbpra.2014.06.005
- Medeiros, R. B. V. (2015). *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8. doi 10.1590/S0102-79722007000100002
- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., & Maltoni, J. (2016). Grupos para crianças e adolescentes em contexto escolar. In D. C. Fava (Org.) *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 255-287). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Nix, R. L., Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Gest, S. D., Welsh, J. A., & Domitrovich, C. E. (2016). The randomized controlled trial of head start REDI: Sustained effects on developmental trajectories of social-emotional functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 310–322. doi 10.1037/a0039937
- Novak, M., Mihić, J., Bašić, J., & Nix, R. L. (2017). PATHS in Croatia: A school-based randomised-controlled trial of a social and emotional learning curriculum. *International Journal of Psychology*, 52(2), 87-95. doi 10.1002/ijop.1226
- Paternostro, J., Sullivan, P. J., Behar, S. M., Berlyant, M. J., & Friedberg, R. D. (2015). Terapia cognitivo-comportamental em grupos em escolas. In C. B. Neufeld (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 73-87). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Paula, C. S., Duarte, C. S., & Bordin, I. A (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria*. 29(1), 11-7. doi 10.1590/S1516-44462006005000012
- Pavoski, G. T. T., Toni, C. G. S., Batista, A. P., & Ignachewski, C. L. (2018). Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método *Friends*. *Psico*, 49(2). 148-158. doi 10.15448/1980-8623.2018.2.26501
- Petersen, C. S., Bunge, E., Mandil, J., & Gomar, M. (2011). Terapia Congitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In C. Petersen & R. Wainer. *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 232-255). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi 10.1111/jcpp.12381
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627. doi 10.1080/08870440290025812
- Sklad M., Diekstra R., Ritter M., Ben, J., & Gravesteyn C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools* 49(9). doi 10.1002/pits.21641
- Stallard, P., Taylor, G., Anderson, R., Daniels, H., Simpson, N., Phillips, R., & Skryabina, E. (2014). The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*, 15(1), 77. doi 10.1186/1745-6215-15-77
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4). doi 10.1590/0047-20850000000046
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Uma abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos* 11(1), 37-44. doi 10.25752/psi.3324

- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5. doi 10.3389/fpsyg.2014.00603
- Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H. J. (Eds.). (2004). *Building school success through social and emotional learning*. New York: Teachers College Press.
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3, 5–17. doi 10.1080/1754730X.2010.9715670
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Promoção da saúde mental e prevenção de problemas nas escolas: O que a evidência diz? *Promoção da Saúde Internacional*, 26 (supl 1), i29 - i69. doi 10.1093/heapro/dar075
- White, L. S. (2012). Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), 45(12). doi 10.1016/j.pedhc.2011.01.002
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary Report*. Geneva: WHO
- World Health Report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

## **2.2 SEÇÃO TEÓRICA II - ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERVENÇÃO BASEADA EM UM PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM CRIANÇAS NO AMBIENTE ESCOLAR**

### **Resumo**

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência resultante da aplicação do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) que se baseia nos princípios da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). A TRI-P é uma intervenção grupal e consiste em doze encontros semanais que tem por objetivo prevenir problemas de comportamento, que são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de saúde mental em crianças. Participaram 17 crianças, de 7 a 9 anos matriculadas no turno integral de uma escola particular do interior do Rio Grande do Sul. Considerando o conjunto de dados qualitativos obtidos constatou-se que o trabalho em grupo oportunizou o fortalecimento de habilidades adquiridas durante a intervenção. Além disso, percebe-se que esta proposta de intervenção pode ser um diferencial no que diz respeito ao trabalho de prevenção e promoção de saúde dos alunos, evidenciando a importância do cuidado com saúde mental no ambiente escolar.

**Palavras-chaves:** Criança; Saúde Mental; Prevenção.

### **Abstract**

This article aims to report a protocol for the prevention of Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) that is based on the principles of Cognitive-behavioral Therapy (CBT). The TRI-P is an interventional gear and is used in encounters that aim to prevent behavioral problems, which are risk variables for mental development. Participants were 17 children, 7 and 9 years enrolled in the full shift of a private school in the interior of Rio Grande do Sul. The qualitative data set was found that the group work provided the strengthening of a series acquired during an intervention. In addition, it can be seen that this proposal of action can be a differential in what concerns the work of prevention and health promotion of the students, evidencing the importance of care with mental health in the school environment.

**Key-words:** Child; Mental Health; Prevention.

### **2.2.1 INTRODUÇÃO**

A partir da década de 1980 percebe-se um crescimento no trabalho da Terapia Cognitivo Comportamental com o público infanto-juvenil (Caminha & Caminha, 2007). A abordagem da TCC com crianças e adolescentes segue os mesmos princípios básicos estabelecidos no trabalho com adultos. Destaca-se o empirismo colaborativo, a descoberta

guiada, a orientação para o objetivo e a estrutura da sessão (Bunge, Gomar & Mandil, 2012; Pureza, Ribeiro, Pureza & Lisboa, 2014).

Entretanto, as crianças diferem dos adultos em suas capacidades, limitações, preferências e interesses (Friedberg & McClure, 2019). Nesse sentido, há diferenças na forma de acessar esse público, tornando-se necessário a adaptação de técnicas, como o uso de metáforas e linguagem não verbal (Caminha, Caminha & Finger, 2017). Esses ajustes podem ser considerados importantes para envolver a criança no processo terapêutico, visto que, assim, haverá maior compreensão e, conseqüentemente, interesse e motivação por parte do paciente (Friedberg & McClure, 2019). Dessa forma, considerando as flexibilizações necessárias pode-se intervir com crianças e jovens a partir da abordagem cognitivo comportamental para que haja mudanças tanto no sistema de crenças, quanto no processamento emocional e comportamental (Caminha, Caminha, Fontenelle & Soares, 2011; Petersen & Wainer, 2011; Friedberg & McClure, 2019).

O período da infância pode ser considerado crucial para o crescimento saudável, visto que as crianças são sensíveis às interferências ambientais (Davis et al., 2015; Barry, Clarke, Jenkins & Patel, 2013; Friedberg & McClure, 2019). Tendo em vista a alta prevalência e a gravidade dos efeitos dos transtornos mentais na fase infanto-juvenil a implementação de programas de prevenção e promoção torna-se fundamental, podendo ser vista como estratégia para lidar com a crescente demanda em saúde mental em crianças e adolescentes (Murta, 2007; Nardi, Ferreira & Neufeld, 2015).

Nesse sentido, o trabalho da TCC com crianças e adolescentes tem sido foco não apenas no tratamento de sintomas de psicopatologias, mas também exercendo um papel de prevenção e promoção de saúde mental (Petersen & Wainer, 2011; Abreu, Barletta & Murta, 2015; Fava & Martins, 2016). Estudos apontam a possibilidade da TCC atuar no desenvolvimento de fatores de proteção para o não desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta (Petersen & Wainer, 2011; Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

Sabe-se que os princípios e conhecimentos da TCC podem ser considerados importantes para auxiliar no desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais na infância em outros ambientes para além da clínica, como o escolar (Murta & Barletta, 2015; Fava & Martins, 2016). Os ambientes educacionais têm sido considerados espaços propícios para a implementação de atividades com o objetivo de promover saúde mental, prevenindo, assim, problemas de comportamento (Durlak, Dymnicki, Taylor, Weissberg, & Schellinger, 2011; Herzig-Anderson, Colognori, Fox, Stewart & Warner, 2012; *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* [CASEL], 2015).

Com isso, o trabalho com grupos de escolares, apoiando-se na abordagem cognitivo-comportamental, têm crescido nos últimos anos dentro das escolas (Daunic et al., 2012; Fernandes, Alckmin-Carvalho, Izibicki & Melo, 2014).

Uma pesquisa de revisão bibliográfica apontou a escola como um ambiente promissor para o encontro entre educação e saúde, oportunizando iniciativas de prevenção e promoção de saúde (Casemiro, Fonseca & Secco, 2014). Nessa perspectiva, esse estudo tem como objetivo relatar a experiência resultante da aplicação do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P), que se baseia nos conhecimentos da TCC com grupos no ambiente escolar.

### **2.2.2 METODOLOGIA**

O presente estudo faz parte de um projeto maior que visa avaliar a efetividade da Terapia de Regulação Infantil, o qual está com parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Esse trabalho apresenta o relato de experiência da intervenção grupal com o protocolo denominado Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P), realizado em uma escola particular no interior do Rio Grande do Sul.

Realizou-se contato telefônico com os responsáveis de crianças de 07 a 09 anos, de ambos sexos, devidamente matriculadas no turno integral em uma escola particular. Nesse telefonema, realizado pela mestrandia do projeto, explicou-se o objetivo da pesquisa, as etapas do protocolo e os resultados esperados.

Os responsáveis interessados no estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencher um questionário de dados sócio demográficos, construído pela equipe do projeto que aborda perguntas fechadas sobre idade, informações ocupacionais dos responsáveis, histórico familiar e de doença psiquiátrica e desenvolvimento infantil.

Os critérios de inclusão foram: ter entre 07 a 09 anos de idade, estar matriculado no turno integral da escola particular e apresentar o TCLE assinado pelos responsáveis. Foram incluídos no grupo de intervenção 17 participantes que preencheram os critérios de inclusão. O protocolo TRI-P volta-se para a prevenção universal, por isso, todas as crianças entre 7 a 9 anos do turno integral foram convidadas a participar.

Após, as crianças incluídas foram submetidas à intervenção grupal TRI-P. Os encontros ocorreram semanalmente no turno integral, em uma sala de aula disponível na escola que os participantes estudam com duração de 1 hora e 15 minutos cada encontro. O

grupo foi dirigido por uma psicóloga, mestranda do projeto de pesquisa, e uma assistente de pesquisa que é estudante de psicologia. Ambas possuem treinamento para aplicação da TRI-P.

#### *Protocolo Preventivo da Terapia de Regulação Infantil*

A Terapia de Regulação Infantil (TRI) criada por Marina Caminha e Renato Caminha é destinada para crianças com sintomatologia e transtornos de ansiedade e humor. A modalidade preventiva, denominada Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) ou Terapia de Regulação Infantil Preventiva surge após vinte anos de experiência dos autores acima citados evidenciando resultados de melhora clínica significativa nos sintomas de ansiedade com a aplicação do protocolo em 12 encontros (Caminha, Caminha & Duarte, 2017; Medeiros, 2015).

A TRI-P baseia-se nas teorias evolucionistas, principalmente na biologia das emoções, neurociência, psicologia experimental e aborda conteúdos básicos da Terapia Cognitivo-comportamental relacionados às emoções, pensamentos e comportamentos. A partir dessas teorias, constituiu-se as bases do programa TRI-P que visa o desenvolvimento socioemocional, que tem por objetivo prevenir problemas de comportamento relacionados a quadros clínicos prevalentes em crianças e adolescentes, como a ansiedade e depressão. O intuito do protocolo é desenvolver empatia, resiliência e aumentar as estratégias de resolução de problemas das crianças (Caminha, Caminha & Justo, 2015).

A TRI-P destina-se à população universal e é organizada de doze encontros, semiestruturados e semanais. Nesse sentido, compreende-se que a intervenção durou dois meses e meio. Os participantes receberam um caderno de atividades do protocolo, elaborado pelos autores (Caminha & Caminha, 2015). Cada sessão tem objetivos específicos a serem alcançados em relação à compressão das emoções, pensamentos e comportamentos e o desenvolvimento de habilidades da infância. A seguir são descritos os objetivos de cada encontro do programa preventivo da Terapia de Regulação Infantil.

#### *Primeiro Encontro*

O primeiro encontro inicia com uma apresentação acerca do protocolo TRI-P, com o objetivo de esclarecer o propósito, as etapas do protocolo, assim como o modo de organização dos encontros. Posteriormente, os coordenadores se apresentam e cada criança é convidada a se apresentar, através de desenhos: “Eu sou”, “Se eu fosse um animal, eu seria...” e “Minha família”. Introduz-se as regras do grupo, que formam um acrônimo com a sigla TRI. São elas: Regra T: Trabalhar para crescer em grupo, regra R: Respeitar os outros e a diferença e a regra I: Inovar nas soluções dos problemas, buscando soluções que envolvam todos os membros do

grupo. Solicita-se um *feedback* das crianças acerca da explicação e funcionamento do programa e do grupo.

### *Segundo Encontro*

Início da etapa T, denominada “Trabalhe suas emoções”. Questiona-se o grupo sobre o que são emoções e, a partir dessa pergunta, as crianças são convidadas a pintar com lápis verde as emoções que consideram agradáveis e de vermelho as que consideram desagradáveis, além de colar os adesivos de emoções agradáveis e desagradáveis, contidos no anexo do caderno. A seguir, explica-se para as crianças o que são emoções e que a grande diferença entre as pessoas é a maneira como elas reagem às emoções. Posteriormente, explana-se sobre o conceito de bem-estar e a metáfora das emoções, convidando as crianças a imaginar um barco parado no mar e que esse barco se move lentamente com o movimento da água e que essa calmaria é o bem-estar ou tranquilidade. Entretanto, sempre que uma onda da emoção, agradável ou desagradável, aparecer o barco irá balançar e mudamos nossa maneira de pensar e agir. A fim de fortalecer a metáfora das emoções, realiza-se o exercício da dobradura do barquinho. Por fim, para cada emoção básica solicita-se que a criança conte, desenhe ou escreva uma situação de quando sentiu a emoção e depois marcando no lado direito do termômetro o quanto sentiu essa emoção e, no lado esquerdo, o quanto tem sentido essa emoção.

### *Terceiro Encontro*

Trabalha-se com o reconhecimento de cada emoção básica, partindo da expressão facial das ilustrações dos adesivos contidos no anexo do caderno. O grupo é convidado a manifestar as expressões faciais de cada emoção. Em seguida, apresenta-se as emoções secundárias, solicitando exemplos de situações vividas. Para exemplificar a relação entre as emoções básicas e secundárias é apresentada a atividade “árvore das emoções”, fazendo a analogia de que as raízes da árvore, que são as emoções, precisam estar equilibradas para possibilitar a sustentação de um tronco seguro (bem-estar). Por fim, em duplas, é proposto que as crianças discutam sobre histórias e emoções correspondentes. Além disso, nesse encontro há uma tarefa de casa que consiste em entrevistar os familiares sobre as emoções sentidas por eles.

### *Quarto Encontro*

Retoma-se a tarefa de casa, incentivando as crianças a relatarem a experiência. Após, trabalha o modo como as emoções se manifestam no corpo e, para isso, utiliza-se papel pardo e canetas coloridas. As crianças são divididas em seis grupos e cada grupo fica responsável por uma emoção básica. O corpo de uma criança é contornado no papel e, a partir disso, orienta-se para que deem uma forma e uma localização para a emoção na respectiva parte do corpo onde ela é sentida. Ao final, todos apresentam corporificando a emoção, ou seja, imitando a expressão facial, a voz e a postura da respectiva emoção trabalhada. Se possível, os cartazes devem ser afixados nas paredes da sala.

#### *Quinto Encontro*

Nesse encontro o objetivo é exercitar a empatia e a percepção pessoal das emoções. Para isso, os participantes fazem o exercício de imitação facial e da voz das emoções. Após, explora-se com as crianças os possíveis pensamentos diante da ativação das emoções. Para auxiliar na compreensão da empatia, realiza-se o exercício “balões de pensamentos” que consiste na adivinhação do que o outro está sentindo e pensando. Sugere-se trabalhar com exercícios de imitação e sincronia corporal, por exemplo iniciar uma caminhada com movimentos diferenciados e pedir que o grupo siga em fila indiana.

#### *Sexto Encontro*

Com o objetivo de retomar o conceito de bem-estar, explora-se quais atitudes são necessárias para atingir e manter o bem-estar. Nesse encontro, é introduzido os exercícios de relaxamento, exemplificados no caderno por meio de desenhos. Sugere-se que, após esse encontro, todos os outros sejam finalizados ou iniciados com posições de relaxamento e/ou um exercício de respiração.

#### *Sétimo Encontro*

Realiza-se exercícios de respiração, também exemplificados por meio de desenhos no caderno. Para retomar os conteúdos trabalhados nos encontros T, cada participante monta um Cartão SOS (cartão de enfrentamento) que servirá como recurso para lembrar o que foi aprendido na primeira fase.

#### *Oitavo Encontro*

Inicia-se a etapa R, denominada “Recicle seus pensamentos”, relacionando os pensamentos que ajudam com as emoções agradáveis de sentir e os pensamentos que não

ajudam com as emoções desagradáveis de sentir. O objetivo é auxiliar o grupo a compreender a relação entre emoção e os pensamentos, os quais agem como voz da emoção. Introduce-se a metáfora da reciclagem, enfatizando que os pensamentos que não ajudam, também chamados de vermelhos, poluem a maneira de vermos o mundo e, por isso, podem ser reciclados. Esse encontro é focado nos pensamentos que não ajudam, que serão reciclados através de um passo a passo dinâmico, auxiliando a desenvolver o questionamento socrático. O propósito desse encontro também é apresentar o conceito de Assertividade que é a expressão adequada do pensamento advindo da emoção. Evidencia-se as vantagens de agir de modo assertivo.

#### *Nono Encontro*

Em equipes é realizado o exercício da reciclagem dos pensamentos. Para ajudá-los, pode-se utilizar o questionamento socrático. Apresenta-se a máquina da reciclagem, um recurso que contém todos os passos trabalhados até agora, ou seja, transformar pensamentos vermelhos em pensamentos verdes. Os participantes levam para casa uma folha com a máquina da reciclagem, para que, em casa, continuem exercitando o que foi trabalhado no encontro. Em seguida, monta-se um Cartão SOS (cartão de enfrentamento) relacionado aos pensamentos que não ajudam.

#### *Décimo Encontro*

Dá-se início ao trabalho com as emoções agradáveis de sentir e os pensamentos que ajudam ou verdes. Explica-se a metáfora dos fogos de artifícios para explicar o que é difundir/espalhar os pensamentos. Cada equipe escolhe trabalhar com a alegria ou o amor e deve-se elencar pensamentos que surgem quando sentimos emoções agradáveis. Em seguida, questiona-se às crianças se devemos espalhar esse pensamento ou reciclá-lo, realizando, assim, uma diferenciação entre os conteúdos já trabalhados na etapa R. Apresenta o símbolo dos fogos de artifício juntamente com a frase que auxilia a difundir que é “Logo posso demonstrar”. Após, cada equipe precisa refletir de que maneira podem demonstrar determinado pensamento e emoção. Apresenta a máquina da difusão como um recurso para espalhar pensamentos verdes. Os participantes recortam a máquina da difusão e levam para casa. Em seguida, monta-se um Cartão SOS (cartão de enfrentamento) relacionado aos pensamentos que ajudam.

#### *Décimo Primeiro Encontro*

Inicia-se a etapa do encontro I: Inove seus comportamentos. Essa última fase refere-se a capacidade de modificar os comportamentos que não ajudam. Para explicar a metáfora do Efeito Bumerangue, explica-se que o que lançamos para o ambiente retorna para nós da mesma maneira que foram lançados, ou seja, comportamentos agradáveis geram bem-estar e as desagradáveis geram mal-estar. Para retomar o conceito de bem-estar, o grupo busca no caderno frases de deveres para atingir o bem-estar no grupo. No passo seguinte, trabalha-se a importância do respeito e as crianças discutem sobre frutos que desejam colher no grupo e na escola. Retoma-se a importância e a função do Cartão SOS (cartão de enfrentamento), confeccionando um para a etapa dos comportamentos.

#### *Décimo Segundo Encontro*

Último encontro do protocolo. Retoma-se o conceito de comportamentos e introduz a atividade das Cenas Comportamentais. A turma é dividida em grupos e cada equipe trabalha com uma classe comportamental (comportamentos verdes e vermelhos), lendo a história do cartão e apresentando para a turma na forma de dramatização. É apresentado para as crianças o A, B, C, D e E (amor, brincar, comer, dormir e estudar) como condutas necessárias para maior qualidade de vida. Realiza-se um esquema relacional entre emoções, pensamentos, comportamento e reações corporais. Os cadernos são entregues para serem levados para casa.

### **2.2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados foram organizados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0 para Windows. Para a apresentação da amostra, realizou-se estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %). A maioria das crianças (76,5%, n=13) tem a idade de 8 anos e 64,7% (n=11) são estudantes do segundo ano do Ensino Fundamental. Em relação ao gênero, havia 8 crianças do sexo masculino e 9 do sexo feminino. Na classificação e extrato social, os participantes prevaleceram na classe A (29,4, n=5) e B (41,2, n=7). A maioria dos pais (82,4%, n=14) são casados. A caracterização da amostra pode ser conferida na tabela 1.

O objetivo desse estudo foi relatar os encontros e a experiência com a aplicação do TRI-P. Por isso, nessa seção pretende-se discutir alguns elementos da dinâmica do grupo relacionando com a aplicação do TRI-P com a amostra em questão. O estudo não objetiva analisar dados quantitativamente.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra

| Variáveis                                      | Grupo (n=17) |         |
|------------------------------------------------|--------------|---------|
|                                                | n            | %       |
| <b>Gênero</b>                                  |              |         |
| Masculino                                      | 8            | 47,1    |
| Feminino                                       | 9            | 52,9    |
| <b>Idade (anos)</b>                            |              |         |
| Média±Desvio padrão                            |              | 8,0±0,5 |
| <b>Idade (anos)</b>                            |              |         |
| 7                                              | 2            | 11,8    |
| 8                                              | 13           | 76,5    |
| 9                                              | 2            | 11,8    |
| <b>Escolaridade da Criança (ano)</b>           |              |         |
| Não informou                                   | 1            | 5,9     |
| 2 ano                                          | 11           | 64,7    |
| 3 ano                                          | 5            | 29,4    |
| <b>Critério Classificação Econômica Brasil</b> |              |         |
| A (45-100)                                     | 5            | 29,4    |
| B1 (38-44)                                     | 7            | 41,2    |
| B2 (29-37)                                     | 4            | 23,5    |
| C1 (23-28)                                     | 1            | 5,9     |
| <b>Pais casados</b>                            |              |         |
| Sim                                            | 14           | 82,4    |
| Não                                            | 3            | 17,6    |

O programa TRI-P baseia-se no modelo clínico da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e ocorre em formato grupal, por isso, pode-se dizer que aproxima-se da Terapia Cognitiva Comportamental em Grupos (TCCG). A TCCG combina técnicas da TCC tradicional com os fundamentos da Terapia de grupo, consistindo em um trabalho educativo sobre o funcionamento dos participantes (Bieling, McCabe & Antony, 2008).

O TRI-P vai ao encontro da modalidade de orientação da TCCG, também conhecida como treinamento, que caracteriza-se pelo fornecimento de informações e auxílio na identificação dos três elementos fundamentais da TCC, ou seja, pensamentos, emoções e comportamentos. Os grupos de orientação focalizam o trabalho em atividades práticas, as quais englobam, por exemplo, mudanças cognitivas, comportamentais e afetivas (Neufeld, 2011; Nardi et al., 2015).

A fim de psicoeducar e trabalhar de modo detalhado cada conceito a TRI-P divide-se em três etapas: trabalho com emoções, reciclagem dos pensamentos e inovação dos comportamentos. A partir da experiência prática com o protocolo, percebe-se que essa organização pôde clarificar o entendimento e a relação entre os elementos e facilitar a explicação de como eles se influenciam. Além disso, foi possível realizar ligações entre esses três conceitos com os exemplos e situações trazidas pelos próprios participantes. Um exemplo

de mudança cognitiva pode ser explicado pela segunda etapa, que tem por objetivo reciclar um pensamento vermelho, flexibilizando-o para torná-lo verde.

A aplicação da TCC com crianças visa auxiliá-las na identificação, compreensão e reavaliação dos pensamentos e crenças e, conseqüentemente buscando a adaptação ou modificação de comportamentos e estado emocional (Stallard, 2007). Os autores Bieling et al. (2008) ressaltam que a aprendizagem e entendimento das estratégias da TCC serão melhor compreendidos quando houver integração do processo grupal com as técnicas. Sabe-se que muitas vezes a dificuldade de aplicação da TCC com o público infanto-juvenil deve-se a tentativas de transpor as técnicas utilizadas com adultos para o trabalho com crianças. A literatura aponta a importância de levar em consideração o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças para a adaptação das técnicas (Neufeld, Peron, Maltoni & Ferreira, 2017; Caminha et al., 2017; Friedberg & McClure, 2019). Nota-se que os participantes do grupo podem ter compreendido os conceitos expostos porque o protocolo TRI-P apresenta as técnicas cognitivo-comportamentais de modo acessível, tendo em vista a adaptação para o público infanto-juvenil. Um exemplo é a adequação da linguagem com o uso de metáfora, respeitando a capacidade de cada faixa do desenvolvimento infantil (Caminha et al., 2017).

No que diz respeito aos aspectos processuais na composição dos grupos, a literatura enfatiza a importância dos participantes estarem na mesma faixa de desenvolvimento (Bieling et al., 2008; Neufeld, Daolio & Longhini, 2015). Por isso, optou-se por selecionar crianças com idade entre 7 a 9 anos, respeitando, assim, o critério de homogeneidade. Estudos mostram que grupos homogêneos são indicados para diminuir o risco de abandono do tratamento e propiciar boa integração dos participantes (Guanaes & Japur, 2001; Paternostro, Sullivan, Behar, Berlyant & Friedberg, 2015). Seguindo esses preceitos, observou-se maior coesão entre os membros e uma satisfatória implementação do protocolo de intervenção. Isso pode ser explicado pelos interesses em comum das crianças, por estarem no mesmo nível de desenvolvimento cognitivo e emocional e por terem focos semelhantes nas discussões.

Em relação à adesão ao protocolo pode-se afirmar que foi alta, por não haver desistências de participantes e pelo *feedback* positivo das crianças e responsáveis em relação a gostar de frequentar o grupo. Foram observadas algumas questões que podem ter influenciado: o programa foi implementado no turno integral da escola sem comprometer o currículo regular e sem a necessidade de deslocamento para outro local. A maioria das crianças já se conheciam e tinham bom relacionamento social, o que pode ter facilitado a coesão e interação entre os participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos eram: ter entre 7 e 9 anos, estar matriculado no

turno integral da escola e apresentar o TCLE assinado pelos responsáveis. A autorização dos pais é um critério fundamental e ético no trabalho com crianças (Neufeld et al., 2015). Na experiência, o contato com os responsáveis de extrema importância para apresentação da mestrandia, a clarificação dos objetivos do projeto e apresentação do caderno e das atividades a serem trabalhadas, assim como benefícios desse programa. Outro aspecto importante foi o convite ter sido feito pela mestrandia do projeto e coordenadora dos grupos, o que, segundo a literatura, já inicia a familiarização com os responsáveis e os participantes (Neufeld et al., 2017).

Vale ressaltar que não havia outros critérios de exclusão, visto que o protocolo TRI-P é um programa de prevenção universal. A prevenção do tipo universal é a forma mais abrangente de intervenção, contrapondo-se às seletivas e às indicadas, assim, não limita-se às crianças que apresentam risco de desenvolver sintomas ou que já apresentam sintomatologia de transtornos mentais (Fernandes et al., 2014). Percebeu-se que no grupo havia crianças com comportamentos que relacionavam-se com sintomatologia de transtornos mentais e outras sem. Pode-se dizer que a aplicação do protocolo visou desenvolver fatores de proteção para o não desenvolvimento de problemas comportamentais relacionados aos transtornos psiquiátricos em todas as crianças e não apenas mas que já apresentavam maior dificuldade.

No que diz respeito ao número de participantes, Neufeld et al. (2017) apontam que os grupos de desenvolvimento de habilidades devem ter em torno de 10 crianças. O grupo proposto era formado por 17 participantes, o que pode ser considerado um número alto para essa modalidade e, por isso, houve algumas dificuldades. A condução do grupo foi realizada por uma coordenadora e uma auxiliar, tendo em vista a impossibilidade de deslocamento de uma terceira pessoa treinada pelo protocolo. Concluiu-se que uma outra pessoa auxiliaria para uma melhor direção e atenção aos participantes. Outro ponto que refere-se ao número elevado de participantes foi o desejo de se expressarem. Em vários momentos foi necessário dar voz apenas a alguns participantes para que pudéssemos dar conta de variáveis como: acolhimento da informação trazida, a duração do encontro, os objetivos a serem alcançados e as atividades propostas. Entretanto, percebeu-se que os participantes se organizavam e se revezavam para que todos pudessem participar em algum momento.

O alto número de participantes ficou ainda mais evidente em atividades que exigiam maior atenção das crianças e acompanhamento das coordenadoras, como a etapa dos pensamentos, em que as crianças apresentaram dificuldade de pensar sobre o pensamento. Percebeu maior compreensão dos participantes quando realizamos a explicação em grupos menores durante as atividades.

Constatou-se que os participantes interagiam entre si, através de conversas e atividades práticas. Essa interação pode ter sido uma oportunidade de crescimento, levando-os a observar não apenas os seus comportamentos e sentimentos, mas os dos outros. Isso pôde gerar novos aprendizados e uma ampliação para resolução de problemas e prática de novos comportamentos (Reddy, 2012). Nesse sentido, o contato com outras crianças abre espaço para o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de habilidades adquiridas (Bonfanti, Souza & Wainer, 2008; Neufeld, 2011; Palma & Neufeld, 2011).

Sobre o contexto escolar, pesquisas apontam que a escola é um dos ambientes em que programas de prevenção e promoção são constantemente pesquisados (Fernandes et al., 2014). Isso pode ser explicado pela oportunidade de aumentar o acesso à saúde de crianças independente do nível de risco para problemas de conduta, além de fortalecer o relacionamento entre pares e favorecer o desenvolvimento saudável e integral (Ehrenreich-May & Bilek, 2011).

A prevenção em saúde mental refere-se a intervenções para a redução de problemas futuros e ocorre a partir do desenvolvimento de competências que favoreçam o desenvolvimento saudável (Murta, 2007). A implementação do protocolo TRI-P visou trabalhar de forma preventiva com enfoque no aumento de fatores protetivos e na redução de riscos para problemas de comportamento, além da diminuição de custos nos atendimentos de saúde (Neufeld, 2011; Abreu et al., 2015).

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência da aplicação de um protocolo de prevenção frente às demandas de saúde mental e possui algumas limitações como a ausência de medidas quantitativas das variáveis e dos processos psicológicos e grupais mencionados na discussão. Além disso, a ausência de um grupo controle, impossibilitando a comparação dos resultados dessa amostra com dados de outro grupo e o não acompanhamento ao longo do tempo podem ser questões consideradas em estudos futuros. A autora Murta (2007) salienta a importância dos programas de prevenção em saúde mental ter evidências empiricamente testadas para que se possa atuar como promotor de fatores de proteção.

Ressalta-se que esse trabalho foi aplicado exclusivamente para a amostra identificada e não são generalizáveis para a população. Ainda assim, a implementação do protocolo TRI-P pode indicar uma possibilidade de intervenção no contexto escolar para o desenvolvimento de habilidades e fatores de proteção para a não evolução de quadros clínicos.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54-74). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13 (835), 1-19. doi 10.1186/1471-2458-13-835
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bonfanti, 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* (pp. 215-253). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2012). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – aportes teóricos*. São Paulo, RS: Casa do Psicólogo.
- Caminha, R. M., & Caminha, M.G. (2007). Princípios da psicoterapia cognitiva na infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha. *A prática cognitiva na infância*. (pp. 57-70) São Paulo, SP: Roca.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2015). *TRI Preventivo – Trabalho de Reciclagem Infantil: Promovendo inteligência emocional e social*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., Fontenelle, I. D. S., & Soares, T. (2011). O modelo cognitivo aplicado à infância. In B. Rangé (Cols.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 633-653). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Duarte, V. (2017). Programa TRI Preventivo de educação socioemocional. In J. M., Alves, (Org.), *Abordagens Cognitivo-comportamentais no contexto Escolar* (pp. 164-178). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Caminha, M. G., Caminha, R. M., & Justo, A.R. (2015). Trabalho de Reciclagem Infantil – Preventivo (TRI-P): Aplicação em grupo de escolares. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 88-101). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha, & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência*. (pp.399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 829-840. doi 10.1590/1413-81232014193.00442013
- Collaborative for Social and Emotional Learning. (2015). *CASEL guide: Effective Social and emotional learning programs*. Recuperado de <<http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>>.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- 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. doi 10.1016/j.jsp.2011.09.003
- Davis, D. W., Logsdon, M. C., Jones, F., Dempster, R., Ryan, L., & Rowland, M. (2015). First we have to engage them: A mixed methods assessment of low-income parents' preferences for and barriers to receiving child health promotion information. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(6), 501-508. doi 10.1016/j.pedhc.2015.03.001
- Durlak J. A., Dymnicki A. B., Taylor R. D., Weissberg, R. P., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2011). Universal prevention of anxiety and depression in a recreational camp setting: an initial open trial. *Child Youth Care Forum*, 40, 435-455. doi 10.1007/s10566-011-9148-4
- Fava, D. C., & Martins, R. (2016). Contribuições da abordagem cognitivo-comportamental para a atuação do psicólogo e professor nas escolas. In D. C., Fava. *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 15-44). Belo Horizonte, MG: Artesã
- Fernandes, L. F. B., Alckmin-Carvalho, F., Izibicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. doi 10.15348/1980-6906

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2019). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 134- 40. doi 10.1590/S1516-44462001000300005
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Warner, C. M. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 655-668. doi 10.1016/j.chc.2012.05.006
- Medeiros, R. B. V. (2015). *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8. doi 10.1590/S0102-79722007000100002
- Murta, S. G., & Barletta, J. B. (2015). Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em terapia cognitivo-comportamental. *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 1/volume 4*. Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana.
- Nardi, P. C., Ferreira, I. M. F., & Neufeld, C. B. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupo para crianças. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 36-51). Porto Alegre, RS: Artmed
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções com grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In B. Range (Eds). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. (2ª ed.). (pp. 737-750) Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., & Longhini, L. Z (2015). Desafios da terapia cognitivo comportamental em grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 17-34). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Neufeld C. B., Peron S., Maltoni J., & Ferreira, I. M. F. (2017). Intervenções em grupos com crianças e adolescentes In R. M. Caminha & M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência*. (pp.735-750) Novo Hamburgo, RS: Sinopsys

- Palma, P. C., & Neulfeld, C. B. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em grupo de socioeducadores: Um relato de experiência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1),55-61. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1808-56872011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872011000100010&lng=pt&nrm=iso)
- Paternostro, J., Sullivan, P. J., Behar, S. M., Berlyant, M.J., & Friedberg, R. D. (2015). Terapia cognitivo-comportamental em grupos em escolas. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 73-87). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In C. S. Petersen & R. Wainer. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 16-31) Porto Alegre, RS: Artmed
- Pureza, J. R., Ribeiro, A. O., Pureza, J. R., & Lisboa, C. S. M. (2014). Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes. *RBPsicoterapia (Online)* 16(1), 85-103. Recuperado de: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=144](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=144)
- Reddy, L. A. (2012) *Group play interventions for children: strategies for teaching prosocial skills*. Washigton: American psycjological association
- Stallard, P. (2007). O processo socráticoe o raciocínio indutivo. In P. Stallard. *Guia do terapeuta para bons pensamentos - bons sentimentos: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes* (pp. 67-85). Porto Alegre, RS: Artmed.

### **3 SEÇÃO EMPÍRICA**

Esta seção é composta por dois estudos empíricos.

No primeiro estudo, intitulado “Protocolo Preventivo da Terapia de Regulação Infantil: Estudo piloto no ambiente escolar”, apresenta-se o estudo piloto realizado com o TRI-P. Esse estudo objetiva avaliar os efeitos da TRI-P nas habilidades socioemocionais em crianças com idade entre 7 e 9 anos, em uma escola particular de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

No segundo estudo, intitulado “Efeitos de uma intervenção para promover saúde mental e prevenir problemas de comportamento de crianças em ambiente escolar” apresenta-se os efeitos do TRI-P nas competências socioemocionais e nos sintomas de ansiedade e depressão em crianças com idade entre 7 e 9 anos, estudantes de escola particular e pública, de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

### 3.1 SEÇÃO EMPÍRICA I - PROTOCOLO PREVENTIVO DA TERAPIA DE REGULAÇÃO INFANTIL: ESTUDO PILOTO NO AMBIENTE ESCOLAR

#### Resumo

A qualidade da educação relaciona-se com o investimento na aprendizagem acadêmica e no desenvolvimento socioemocional dos alunos. Esse artigo objetiva avaliar os efeitos do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) nas habilidades socioemocionais de crianças. A TRI-P objetiva desenvolver competências emocionais e sociais nas escolas. Utilizou-se delineamento *quasi*-experimental com avaliação pré e pós teste. Participaram 28 crianças de 7 a 9 anos, estudantes de uma escola particular no interior do Rio Grande do Sul. Aplicou-se as escalas *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) para a avaliação de habilidades sociais e comportamentos problemáticos, e a *Emotional Regulation Checklist* (ERC) para avaliar regulação e labilidade emocional. Os resultados, após intervenção, apontam diminuição significativa nos níveis de problema de comportamento e labilidade emocional e aumento nos escores de regulação emocional e habilidades sociais. Percebe-se que a implementação de programas de habilidades socioemocionais pode ser promissora frente a importância do cuidado com saúde mental no ambiente escolar.

**Palavras-chaves:** prevenção; crianças; escolas.

#### Abstract

The quality of education is related to the investment in students' academic learning and socio-emotional development. This article aims to evaluate the effects of the preventive protocol of Terapia de Regulação Infantil: (TRI-P) on children's socio-emotional skills. TRI-P aims to develop emotional and social skills in schools. A quasi-experimental design with pre and post test evaluation was used. Twenty-eight children from 7 to 9 years old, students from a private school in the interior of Rio Grande do Sul, participated in the study. The Social Skills Rating System (SSRS-BR) scales were used to assess social skills and problem behaviors, and the Emotional Regulation Checklist (ERC) to evaluate regulation and emotional lability. The results, after the intervention, indicated a decrease in behavior problem levels and emotional lability and an increase in emotional regulation and social skills scores. The implementation of socio-emotional skills programs can be promising considering the importance of mental health care in the school environment.

**Keywords:** prevention; children; schools.

### 3.1.1 INTRODUÇÃO

Considera-se competência socioemocional um construto complexo que relaciona-se com outros conceitos, como de habilidades sociais, inteligência emocional e desenvolvimento socioemocional (Marin, Silva, Andrade, Bernardes & Fava, 2017). O termo competência socioemocional refere-se à capacidade de adquirir, integrar e aplicar de maneira eficaz os recursos, conhecimentos e habilidades socioemocionais e cognitivas para o gerenciamento de emoções, estabelecimento de relações saudáveis e a tomada de decisões (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* [CASEL], 2015). Esse processo de maior compreensão emocional está diretamente relacionado com a promoção do bem-estar e, conseqüentemente, da saúde mental, visto que o indivíduo pode desenvolver a capacidade de experienciar e controlar emoções de maneira assertiva, melhorando seu funcionamento emocional e interpessoal (Fava, 2016; Caminha, 2019; Freire & Tavares, 2011).

A competência socioemocional envolve habilidades sociais e regulação emocional, assim, para desenvolvê-la, trabalha-se a capacidade de articular sentimentos, pensamentos e comportamentos frente a diferentes situações sociais. Habilidades Sociais podem ser consideradas essenciais para prevenir comportamentos problemáticos, assim como para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, que influenciam os indivíduos a lidar de maneira mais competente com as demandas e desafios (Bandeira, Del Prette, Del Prette e Magalhães, 2009). Já a Regulação Emocional é considerada uma habilidade importante para o desenvolvimento socioemocional saudável, pois engloba o manejo adequado da ativação emocional frente a situações e emoções (Caminha, 2019). Entretanto, estudos indicam que crianças com problemas de comportamento apresentam inabilidade na capacidade de RE, apresentando labilidade do humor (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011; Gilbert, 2012).

Estudos que utilizaram programas de educação socioemocional têm mostrado resultados significativos. Pôde-se observar que as crianças submetidas a estas intervenções obtiveram melhorias em diversos aspectos de sua vida como social, emocional e acadêmico (Durlak, Dymnicki, Taylor, Weissberg & Schellinger, 2011; Sklad, Diekstra, DeRitter, Ben & Gravesteyn, 2012). Um estudo de meta-análise com 40 artigos entre 1970 a 2016 sobre programas universais de aprendizagem sócio-emocional em escolas apontou a correlação entre aspectos sociais e emocionais e o desempenho acadêmico de alunos (Corcoran, Cheung, Kim & Xie, 2018).

Segundo Durlak et al. (2011), as intervenções socioemocionais evidenciaram a sua eficácia tanto para alunos que apresentassem algum problema quantos os que não

apresentavam, além de ser efetivo tanto no contexto escolar como em programas eletivos. Os programas tiveram, do mesmo modo, êxito em todos os níveis educativos para escolas de todas as zonas. No entanto, estes programas têm sido menor objeto de estudo no secundário e em áreas rurais.

Atualmente, tem-se expandido o interesse pela implementação de programas de caráter preventivo que promovam competências emocionais e sociais em escolas, devido a relevância social e importância para a promoção do sucesso escolar e na vida, ou seja, o desenvolvimento saudável das crianças (Marin & Fava, 2016; Coelho, Marchanda, Souza & Romão, 2016). Tendo em vista estes achados, o objetivo deste estudo é avaliar os efeitos da aplicação de um programa de educação socioemocional, nomeado protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P), nas competências socioemocionais de crianças de 7 a 9 anos de idade.

### **3.1.2 METODOLOGIA**

Este estudo teve delineamento de base *quasi*-experimental. Comparou-se o grupo experimental, utilizando o protocolo TRI-P, com o grupo controle do tipo lista de espera em relação aos níveis de habilidades sociais, problemas de comportamento, labilidade do humor e regulação emocional, antes e após a intervenção.

#### **Participantes**

Participaram do estudo 28 crianças com idade entre 7 a 9 anos, do sexo masculino e feminino, devidamente matriculadas em uma escolar particular do interior do Rio Grande do Sul e que apresentaram consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis. A divisão para grupo experimental (GE) e controle, do tipo lista de espera (GC) deu-se de forma não aleatória. O grupo experimental foi composto por 17 crianças e as demais crianças (n=11) foram direcionadas para a lista de espera.

#### **Instrumentos de coleta de dados**

Construiu-se um questionário descritivo para a coleta de dados de questões relacionadas à história de vida do participante, escolaridade, relato de transtornos psiquiátricos na família, entre outros. Esse questionário foi respondido pelos responsáveis. As características sociodemográficas da amostra foram definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que utiliza características domiciliares para diferenciar a população em estratos: A,B,C,D,E (ABEP, 2018).

*Social Skills Rating System* (SSRS-BR): Esse instrumento foi elaborado e validado nos Estados Unidos por Frank Gresham e Stephen Elliot em 1990 e traduzido e adaptado para o Brasil por Del Prette e Del Prette (2003). É um sistema de avaliação de habilidades sociais que inclui medidas de comportamentos problemáticos. No estudo utilizou-se a versão destinada aos responsáveis que possui duas medidas: uma que avalia habilidades sociais da criança, que possui três alternativas de respostas em relação à frequência de ocorrência (nunca=0, algumas vezes=1 e muito frequente=2) e três alternativas em relação à importância das habilidades (não importante=0, importante=1 e indispensável=2). Já a outra medida avalia os comportamentos problemáticos e são respondidos apenas em relação à frequência de ocorrência, com três alternativas de resposta (nunca=0, algumas Vezes=1 e muito frequente=2). A escala de avaliação de habilidades sociais obteve consistência interna entre 0,46 e 0,62. Já a escala de avaliação dos comportamentos problemáticos, os valores de alfa de Cronbach foi entre 0,60 e 0,75 (Bandeira et al., 2009).

*Emotional Regulation Checklist* (ERC): Escala construída por Ann Shields e Dante Cicchetti em 1995. Foi traduzida, adaptada e validada para português brasileiro por Reis e cols. (2016). O instrumento contém 24 itens, medidos através de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos (1- Nunca; 2- Algumas vezes; 3- Frequentemente; 4- Quase Sempre) e é preenchido pelos responsáveis da criança. A ERC avalia dois constructos: Regulação Emocional (RE), que diz respeito a consciência emocional da criança e Labilidade/Negatividade Emocional (L/N), que refere a inflexibilidade e labilidade do humor. Escores mais altos indicam maior regulação emocional na RE e escores mais altos na L/N indicam maior labilidade emocional. A consistência interna das escalas apresentou-se adequada (L/N  $\alpha = 0,96$ ; RE  $\alpha = 0,83$ ) (Reis et al., 2016).

### **Procedimento de coleta de dados**

Realizou-se contato telefônico com 39 responsáveis de crianças de 7 a 9 anos, de ambos sexos, devidamente matriculadas no Ensino Fundamental em uma escola particular no interior do Rio Grande do Sul. Nesse telefonema, realizado pela mestrandia do projeto, apresentou-se o objetivo e metodologia da pesquisa, os resultados esperados com o programa e a descrição das etapas do TRI-P.

Os responsáveis interessados na pesquisa foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, além da ficha de dados sociodemográficos e as escalas ERC e SSRS, que foram preenchidas em casa. O tempo médio de preenchimento dos

instrumentos foi de 25 minutos. A escola ficou encarregada de entregar aos responsáveis esses documentos que, posteriormente, foram devolvidos à professora e entregues à equipe de pesquisa.

Em um segundo momento, após a autorização dos responsáveis, as crianças foram divididas de forma não aleatória para o grupo experimental (n=17) e lista de espera (n=11). As crianças que compuseram o grupo experimental foram submetidas ao programa logo após a avaliação feita pelos pais. Já as demais crianças permaneceram em lista de espera e não receberam a intervenção preventiva da TRI-P em um primeiro momento, entretanto foram chamadas após três meses para participar do programa, ou seja, quando terminou a intervenção com o grupo experimental.

Após o término dos doze encontros, os pais das crianças de ambos grupos foram convidados a preencher novamente as escalas ERC e SSRS. O período entre a avaliação inicial e a avaliação após a aplicação do programa TRI-P foi de, aproximadamente, 3 meses.

### **Protocolo Preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P)**

O Trabalho de Regulação Infantil Preventivo (TRI-P) deriva do trabalho de intervenção clínica nomeado Terapia de Regulação Infantil (TRI), desenvolvido por Renato Caminha e Marina Caminha e destinado para crianças com sintomatologia e Transtornos de Ansiedade e Humor (Caminha, Caminha & Finger, 2017), baseado no modelo cognitivo de Aaron Beck. Após resultados satisfatórios de pesquisa com o protocolo TRI (Medeiros, 2015), os autores optaram por desenvolver em paralelo uma intervenção para público universal que objetivasse prevenir especialmente problemas de ansiedade e depressão. Sendo assim, essa segunda modalidade do TRI passa a ter uma proposta preventiva, com ênfase nas habilidades socioemocionais, especialmente no incremento da regulação emocional, bem como no desenvolvimento da empatia (Caminha, Caminha & Duarte, 2017).

A modalidade de intervenção preventiva do protocolo TRI destina-se à população universal. A ênfase central é a regulação emocional, que é baseada na biologia das emoções, em razão dos esquemas emocionais serem prevalentes nos processos cognitivos da infância (Caminha et al., 2017).

O TRI-P divide-se nas mesmas três etapas da modalidade clínica: “T” indica o trabalho com as emoções, “R” remete à reciclagem dos pensamentos e “I” refere-se à inovação dos comportamentos. Todas as etapas são fundamentadas e desenvolvidas com bases científicas que sustentam todas as fases que compõe o programa (Caminha et al., 2017). Na tabela 1 há a descrição dos objetivos de cada encontro da TRI-P.

O objetivo principal do programa TRI-P é o desenvolvimento de habilidades na infância como educação emocional, o desenvolvimento de empatia e a expressão assertiva das emoções, bem como aperfeiçoar as habilidades sociais, auxiliar na resolução de problemas e no conhecimento de fatores que influenciam o bem-estar. Para maior compreensão do público infanto-juvenil, o protocolo TRI foi moldado com a utilização de metáforas, com o objetivo de facilitar a criação de representações mentais específicas sobre cada etapa da intervenção (Caminha et al., 2017).

O programa TRI-P é composto por doze encontros com duração de uma hora e quinze minutos cada. A intervenção foi realizada no ambiente escolar, em formato grupal e cada participante recebeu um caderno do programa com as atividades a serem trabalhadas.

### **Procedimento de análise de dados**

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade. O estudo da distribuição de dados ocorreu pelo teste de *Kolmogorov Smirnov*. A comparação das variáveis categóricas entre os dois grupos ocorreu pelo teste Exato de *Fisher*. A análise que envolveu as variáveis contínuas na comparação entre dois grupos independentes, foram empregados os testes *t-Student*. Quando a análise envolveu a comparação entre as avaliações pré e pós intervenção foram empregados os testes *t-Student* para amostra dependentes.

A avaliação do impacto da intervenção observado nas medidas ao final do estudo (avaliação pós) foi calculada através da estimativa do tamanho do efeito através do *d* de Cohen, com o seguinte critério de classificação:  $< |0,199|$  = efeito insignificante;  $|0,20-0,49|$  = efeito pequeno;  $|0,50 - 0,79|$  = efeito médio;  $|0,80 - 1,29|$  = efeito grande e  $> |1,30|$  = efeito muito grande (Cohen, 1988). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0., para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

### **Aspectos éticos**

O presente estudo é faz parte de um projeto maior que visa avaliar a efetividade da Terapia de Regulação Infantil, o qual está com parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS (CAAE: 40658214.6.0000.5336).

Tabela 1. Planejamento dos Encontros TRI-P

| Encontros      | Objetivos                                                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Etapa T</b> |                                                                                                                      |
| 1              | Explicação do programa; Apresentação dos participantes, coordenadores e assistentes; Explicação de regras            |
| 2              | Psicoeducação sobre emoções                                                                                          |
| 3              | Emoções primárias e secundárias; Expressões faciais; Tarefa de casa: investigação das emoções dos familiares         |
| 4              | Revisão da tarefa de casa; Explicação sobre a manifestação das emoções no corpo e face                               |
| 5              | Conceito de empatia; Exercício de imitação e de adivinhação                                                          |
| 6              | Exploração de como atingir e manter a sensação de bem-estar                                                          |
|                | Em todas as sessões seguintes: realização de exercícios de relaxamento no final dos encontros                        |
| <b>Etapa R</b> |                                                                                                                      |
| 7              | Composição do cartão S.O.S - emoções. Explicação da metáfora da reciclagem                                           |
| 8              | Relacionar pensamentos que ajudam e não ajudam com as emoções agradáveis e desagradáveis de sentir.                  |
| 9              | Trabalho com as emoções; Máquina da reciclagem; Confecção do cartão S.O.S – pensamentos que não ajudam               |
| 10             | Exercício sobre emoções agradáveis de sentir; Máquina da Difusão; Confecção do cartão S.O.S – pensamentos que ajudam |
| <b>Etapa I</b> |                                                                                                                      |
| 11             | Metáfora do efeito bumerangue, conceito de bem-estar e respeito. Composição do cartão S.O.S - comportamentos.        |
| 12             | Trabalho com cenas comportamentais e explicação do A,B,C,D e E. Entrega do resumo sobre os encontros do programa     |

### 3.1.3 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 28 crianças avaliadas em dois grupos independentes e podem ser conferidos na tabela 2. O grupo controle, do tipo lista de espera (GC) corresponde a 39,3% (n=11), e o experimental (GE) a 60,7% (n=17). Sobre a comparação dos dados sócio demográficos da criança entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo ( $p>0,999$ ); idade ( $p>0,999$ ); e escolaridade da criança ( $p=0,355$ ).

Nas informações referentes aos pais, verificou-se que, na escolaridade da mãe predominou o Ensino Superior no GE, 35,3% (n=6) e o nível de Pós graduação no GC, 54,5% (n=6) ( $p=0,674$ ). Na escolaridade do pai, no GE a maior frequência foi para o Ensino Médio, 35,3% (n=6), enquanto que, no GC, se destacaram o Ensino Superior e a Pós graduação, cada um representando 45,5% (n=5) ( $p=0,109$ ).

Na classificação econômica a maior parte do GE se concentrou na classe B1, 41,2% (n=7), e no GC a classe A, 54,5% (n=6) ( $p=0,371$ ). A presença de pais casados alcançou a maioria nos dois grupos [GE: 84,2% (n=14) vs. GC: 81,8% (n=9);  $p>0,999$ ].

Tabela 2. Caracterização geral da amostra, segundo o grupo

| Variáveis                            | Grupo     |      |           |      | p      |
|--------------------------------------|-----------|------|-----------|------|--------|
|                                      | GE (n=17) |      | GC (n=11) |      |        |
|                                      | n         | %    | n         | %    |        |
| <b>Gênero</b>                        |           |      |           |      | >0,999 |
| Masculino                            | 8         | 47,1 | 5         | 45,5 |        |
| Feminino                             | 9         | 52,9 | 6         | 54,5 |        |
| <b>Idade (anos)</b>                  |           |      |           |      | >0,999 |
| Média±Desvio padrão                  | 8,0±0,5   |      | 8,1±0,5   |      |        |
| <b>Idade (anos)</b>                  |           |      |           |      | >0,999 |
| 7                                    | 2         | 11,8 | 1         | 9,1  |        |
| 8                                    | 13        | 76,5 | 8         | 72,7 |        |
| 9                                    | 2         | 11,8 | 2         | 18,2 |        |
| <b>Escolaridade da Criança (ano)</b> |           |      |           |      | 0,355  |
| Não informou                         | 1         | 5,9  | 1         | 9,1  |        |
| 2 ano                                | 11        | 64,7 | 2         | 18,2 |        |
| 3 ano                                | 5         | 29,4 | 8         | 72,7 |        |
| <b>Escolaridade mãe</b>              |           |      |           |      | 0,674  |
| Ensino Fundamental                   | 1         | 5,9  |           |      |        |
| Ensino Médio                         | 5         | 29,4 |           |      |        |
| Ensino Superior                      | 6         | 35,3 | 5         | 45,5 |        |
| Pós graduação                        | 5         | 29,4 | 6         | 54,5 |        |
| <b>Escolaridade pai</b>              |           |      |           |      |        |
| Ensino Fundamental                   | 2         | 11,8 |           |      | 0,109  |

|                                         |    |      |   |      |        |
|-----------------------------------------|----|------|---|------|--------|
| Ensino Médio                            | 6  | 35,3 | 1 | 9,1  |        |
| Ensino Superior                         | 4  | 23,5 | 5 | 45,5 |        |
| Pós graduação                           | 5  | 29,4 | 5 | 45,5 |        |
| <b>Critério Classificação Econômica</b> |    |      |   |      | 0,371  |
| <b>Brasil</b>                           |    |      |   |      |        |
| A (45-100)                              | 5  | 29,4 | 6 | 54,5 |        |
| B1 (38-44)                              | 7  | 41,2 | 2 | 18,2 |        |
| B2 (29-37)                              | 4  | 23,5 | 3 | 27,3 |        |
| C1 (23-28)                              | 1  | 5,9  |   |      |        |
| <b>Pais casados</b>                     |    |      |   |      | >0,999 |
| Sim                                     | 14 | 82,4 | 9 | 81,8 |        |
| Não                                     | 3  | 17,6 | 2 | 18,2 |        |

Os resultados referentes à escala SSRS podem ser observados na tabela 3. Detectou-se resultados significativos na dimensão Problemas de Comportamento, em que a análise que envolveu a comparação intra grupo indicou que no GE houve uma redução significativa da média de 25,9% na avaliação Pós [Pré: 30,2±20,0 vs. Pós: 22,4±15,8;  $p=0,018$ ]. No GC a diferença entre as médias Pré e Pós não foi representativa.

Um resultado não significativo estatisticamente, mas que merece atenção diz respeito à dimensão Habilidades Sociais, em que o GE ocorreu um aumento de 7,6% da média na avaliação pós (58,5±21,8) em comparação ao dados basal (54,4±19,9) [ $p=0,337$ ]. Em contrapartida no GC uma ligeira redução da média na avaliação pós [Pré: 55,5±25,8 vs. Pós: 54,0±20,0;  $p=0,758$ ]. Os escores das dimensões foram comparados entre grupos, entretanto não foram observados resultados significativos.

Na dimensão Problemas de Comportamento foi detectado efeito pequeno no GE ( $d_{Cohen} = -0,437$ ) e no GC ( $d_{Cohen} = -0,430$ ) indicando um pequeno impacto da intervenção com redução das médias na avaliação pós. Quanto a estimativa do tamanho de efeito sobre os níveis de habilidades sociais observou-se um efeito de magnitude pequena no GE ( $d_{Cohen} = -0,198$ ), sugerindo que o impacto da intervenção (salvo demais variáveis não controladas por este estudo) para aumento da média neste grupos foi pequeno. E, no GC o efeito para a detectado na redução da média foi classificado como insignificante ( $d_{Cohen} = -0,066$ ).

Tabela 3. Média e desvio padrão para as dimensões/fatores SSRS segundo o grupo

| Escala SSRS                      | Grupo     |               |           |               | P F   |
|----------------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-------|
|                                  | GE (n=17) |               | GC (n=11) |               |       |
|                                  | Média     | Desvio Padrão | Média     | Desvio Padrão |       |
| Habilidades Sociais - Pré        | 54,4      | 19,9          | 55,5      | 25,8          | 0,688 |
| Habilidades Sociais - Pós        | 58,5      | 21,8          | 54,0      | 20,0          | 0,351 |
| p¶                               | 0,337     |               | 0,758     |               |       |
| Δ% (pós-pré)                     | 7,6%      |               | -2,7%     |               |       |
| d de Cohen                       | 0,198     |               | -0,066    |               |       |
| Problemas de Comportamento – Pré | 30,2      | 20,0          | 46,5      | 26,3          | 0,063 |
| Problemas de Comportamento – Pós | 22,4      | 15,8          | 36,3      | 21,2          | 0,092 |
| p¶                               | 0,018*    |               | 0,209     |               |       |
| Δ% (pós-pré)                     | -25,9%    |               | -21,9%    |               |       |
| d de Cohen                       | -0,437    |               | -0,430    |               |       |

\* p ≤ 0,05

¶: Comparação INTRA - avaliações antes (pré) e depois (pós);

F: Comparação ENTRE grupos;

Δ%: Diferença relativa entre as avaliações Pós-Pre, onde valores negativos indicam redução da média na avaliação pós;

d de Cohen: Estimativa do tamanho de efeito;

A tabela 4 apresenta dos dados referentes à escala ERC, em que houve resultado significativo na subescala L/N no GE ( $p=0,036$ ) onde a média na avaliação pós ( $19,9\pm 3,2$ ) reduziu em 10,1% em comparação a avaliação pré ( $22,2\pm 3,7$ ). No GC a variação entre as duas médias não foram significativas. Ainda, nesta mesma subescala foi detectada diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois grupos na avaliação pré e pós (Pré:  $p=0,055$  vs Pós:  $p=0,006$ ), apontando média maior no GC. A análise que envolveu a subescala RE os resultados não foram significativos, tanto nas comparações intra grupo, quanto entre grupos. Entretanto, ressalta-se que no GE houve aumento de 3,8% na média enquanto que no GC os dados permaneceram inalterados.

Nas estimativas de tamanho de efeito para a escala ERC, verificou-se que para a L/N o impacto da intervenção foi classificado com magnitude média no GE ( $d_{Cohen} = -0,642$ ), enquanto que no GC o efeito foi classificado como pequeno ( $d_{Cohen} = -0,253$ ). Quanto ao efeito na subescala RE, no GE o impacto da intervenção foi classificado como pequeno ( $d_{Cohen} = 0,373$ ) enquanto que no GC o tamanho de efeito foi insignificante ( $d_{Cohen} = 0,007$ ).

Tabela 4. Média e desvio padrão para as subescalas da escala ERC segundo o grupo

| Escala ERC          | Grupo     |               |           |               | P F    |
|---------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|--------|
|                     | GE (n=17) |               | GC (n=11) |               |        |
|                     | Média     | Desvio Padrão | Média     | Desvio Padrão |        |
| Subescala L/N - Pré | 22,2      | 3,7           | 25,5      | 4,1           | 0,055* |
| Subescala L/N - Pós | 19,9      | 3,2           | 24,4      | 4,6           | 0,006* |
| p¶                  | 0,036*    |               | 0,502     |               |        |
| Δ% (pós–pré)        | -10,1%    |               | -4,3%     |               |        |
| d de Cohen          | -0,642    |               | -0,253    |               |        |
| Subescala RE - Pré  | 34,2      | 3,6           | 34,4      | 2,0           | 0,972  |
| Subescala RE - Pós  | 35,5      | 3,3           | 34,4      | 3,0           | 0,383  |
| p¶                  | 0,223     |               | >0,999    |               |        |
| Δ% (pós–pré)        | 3,8%      |               | 0,0%      |               |        |
| d de Cohen          | 0,373     |               | 0,007     |               |        |

\*  $p \leq 0,05$ 

¶: Comparação INTRA - avaliações antes (pré) e depois (pós);

F: Comparação ENTRE grupos;

 $\Delta\%$ : Diferença relativa entre as avaliações Pós-Pre, onde valores negativos indicam redução da média na avaliação pós;

d de Cohen: Estimativa do tamanho de efeito;

### 3.1.4 DISCUSSÃO

Esse estudo buscou avaliar os efeitos do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil (TRI-P) nas competências socioemocionais de crianças, em uma escola no interior do Rio Grande do Sul. A seguir, será discutido os achados da intervenção com estudos já existentes.

Em relação aos dados sócio demográficos percebe-se que não houve diferenças estatisticamente significativa em relação ao sexo dos participantes. Esse resultado não confirma os achados de outros estudos, os quais apresentam que a busca por atendimento psicológico ocorre mais com meninos (Autuori, 2018; Deluca, Antoniutti, Boff, Landerberger, Argimon & Oliveira, 2018). Entretanto, vale ressaltar que esse programa foi ofertado na escola, ou seja, os participantes não buscaram espontaneamente um atendimento psicológico.

Estudos apontam que sintomas relacionados a problemas de comportamento podem ser desencadeados pela separação dos cuidadores (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Deluca et al., 2018). Em relação a esse fator ambiental, percebeu-se que a maioria dos pais eram casados, em ambos grupos [GE=82,4% vs. GC=81,8%]. Na avaliação inicial, o GE apresentou média 30,2 ( $\pm 20,0$ ), classificado como nível baixo de problemas de comportamento e no pós teste pontuou-se a média de 22,4 ( $\pm 15,8$ ), havendo redução para a

classificação muito baixo para problemas de comportamento. Essa classificação é baseada na escala SSRS. Percebe-se que, apesar de ter ocorrido uma diminuição significativa, não havia níveis considerados altos para comportamentos problemas antes da intervenção. No GC, tanto antes como após a intervenção, os níveis de problema de comportamento foram classificados como médio. A literatura aponta que a configuração familiar pode influenciar na ocorrência de dificuldades, ou seja, pais separados podem ser considerados fator de risco para qualquer transtorno mental, o que inclui comportamento problemáticos (Roberts, Roberts & Xing, 2007; Thiengo et al., 2014). Os resultados da amostra em questão reforçam os achados na literatura, na medida em que, em ambos grupos, a maior parte dos pais eram casados e as crianças não apresentaram, segundo a escala, níveis altos de problema de comportamento.

Outro fator ambiental diz respeito à escolaridade dos pais e renda familiar. As crianças foram classificadas em A e B1 no GC e GE, respectivamente. Percebe-se que a amostra encontra-se classificada nos estratos mais altos da classificação econômica. Quanto ao nível de escolaridade dos pais a maioria possuía, pelo menos, ensino médio completo. Esses dados vão ao encontro do que um estudo apontou de que fatores socioeconômicos podem ser determinantes de problemas de comportamento (Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004). Outro estudo verificou que crianças de classe média baixa apresentavam probabilidade 8,2 vezes maior de desenvolver problemas de comportamento. Já as crianças nascidas em famílias com pais casados e com maior nível de instrução apresentavam menor vulnerabilidade para transtornos mentais (Kieling et al., 2011).

Em relação às escalas, os resultados confirmaram parcialmente as hipóteses do estudo. A labilidade do humor e problemas de comportamento apresentaram uma redução significativa na avaliação pós intervenção no GE. Já no GC não houve variação significativa entre as médias pré e pós nessas dimensões. Apesar desses resultados, não detectou-se resultado significativo quando comparou-se os escores de problemas de comportamento entre os grupos, porém, houve diferença significativa entre os grupos na subescala L/N, apontando maior média no GC na avaliação pré e pós. Esse resultado não significa que houve maior redução no GC, mas que a média no GC iniciou e permaneceu maior que a média do GE após a intervenção.

Em relação à regulação emocional os resultados não foram significativos, tanto nas comparações intra grupo, quando entre grupos. Porém houve um aumento mais expressivo da média no GE. Na subescala habilidades sociais o GE apresentou um aumento, enquanto o GC apresentou uma pequena redução.

A literatura aponta que crianças com características interpessoais positivas apresentam maior probabilidade de um desenvolvimento saudável (Cia & Barham, 2009). Dessa forma, os problemas de comportamento internalizantes ou externalizantes podem gerar dificuldade de interação social e estar relacionado ao repertório comportamental dos pais (Bolsoni-Silva, Loureiro & Marturano, 2016). Após a intervenção, percebeu-se que, embora não significativo, o aumento nas habilidades sociais no GE pode estar relacionado ao aumento de repertório comportamental e, conseqüentemente, à diminuição significativa de problemas de comportamento, embora o impacto da intervenção seja considerado pequeno. Ressalta-se que não realizou-se cálculos de correlação para avaliar a relação entre aumento de habilidades sociais com a redução de problemas de comportamento. Esse resultado vai ao encontro do que é apontado na literatura de que os problemas de comportamento podem envolver dificuldades interpessoais e ocorrem devido a um pobre repertório de habilidades sociais. Resultados de pesquisas sugerem que quanto maior a ocorrência de problemas de comportamento, pior o repertório de habilidades sociais (Bolsoni-Silva et al., 2016; Cia & Barham, 2009).

Frente a esses dados da literatura, o TRI-P objetiva desenvolver um senso de responsabilidade grupal, auxiliando as crianças a se colocar no lugar do outro e visando o aumento da cooperação grupal e de consciência social no processo coletivo. Assim, visa-se redução de comportamentos agressivos e de exclusão social nas escolas. As habilidades a ser desenvolvidas no TRI-P são inversamente proporcionais aos comportamentos de exclusão e *bullying* (Caminha et al., 2017).

Em relação ao impacto pequeno da intervenção na habilidade social, pode-se pensar que o protocolo TRI-P poderia ser revisto, a fim de refinar as sessões na etapa dos comportamentos, enfatizando comportamentos assertivos para além do ambiente escolar. Isso porque, evidências mostram que o treino de habilidades sociais é um fator de proteção para o desenvolvimento infantil (Bandeira et al., 2009).

Evidências empíricas apontam que a manutenção de problemas de comportamento pode estar relacionada com a presença de desregulação emocional (Gilbert, 2012; McLaughlin et al., 2011). Nesse sentido, o trabalho com regulação das emoções desempenha um papel importante na redução de comportamentos problemáticos durante o desenvolvimento (Caminha, 2019). Uma pesquisa realizada sinaliza que crianças com menor capacidade de regular as emoções apresentam maior probabilidade de envolver-se em comportamentos desadaptativos (Goodman & Southam-Gerow, 2010). Assim, programas de intervenção foram construídos para promover competências socioemocionais na escola, visto que influenciam na melhora do bem-estar e funcionamento (Lipnevich & Roberts, 2012;

Marin & Fava, 2016). Além disso, ao realizar a implementação desses programas no ambiente escolar, a escola torna-se promotora de desenvolvimento socioemocional, auxiliando no aprimoramento das competências de regulação emocional e social (Marin & Fava, 2016).

Frente a isso, o TRI traz a alternativa de trabalhar com o desenvolvimento socioemocional das crianças, visto que ao trabalhar com educação emocional aperfeiçoa-se um repertório comportamental adequado em diferentes situações. Trabalhar com o desenvolvimento social e emocional correlaciona-se de forma significativa com saúde mental e sucesso acadêmico (Corcoran et al., 2018; Sklad et al., 2012). Percebeu-se que, apesar de não significativo, houve um aumento na média da subescala RE do GE em comparação as crianças do GC. A etapa T do protocolo diz respeito a fase com maior número de encontros em que trabalha-se essencialmente a psicoeducação, ativação, reconhecimento e nomeação das emoções, assim como a manifestação verbal corporal e facial, objetivando a validação e ampliação do repertório emocional (Caminha, 2019).

Abrir espaço nas escolas para trabalhar com emoções pode ser útil na medida em que implica na promoção de saúde das crianças e, com isso, menor índice de transtornos mentais. Além disso, a escola pode ser considerada local de promoção de saúde mental, tendo em vista que grande parte do período da infância as crianças passam nesse ambiente.

Ao concluir a intervenção, percebe-se que os dados quantitativos apontam para uma redução significativa nos níveis de comportamentos problemáticos e labilidade do humor e aumento, não significativo, na capacidade de regular emoções e interagir socialmente. Entretanto, algumas questões permanecem em aberto, denotando limitações do estudo.

Uma das limitações diz respeito a ausência de um acompanhamento de *follow up*. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com sessões de seguimento para avaliar a manutenção dos ganhos da intervenção. A avaliação contínua de intervenções no âmbito da saúde é essencial para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências (Biggs, Brough & Barbour, 2014).

Os resultados desse estudo são aplicáveis para a amostra em questão e não são generalizáveis para a população. Ainda assim, os dados parecem indicar para uma tendência de eficiência das intervenções tanto na diminuição significativa de problemas de comportamento quanto no aumento de habilidades sociais e regulação do humor. Esse estudo pode ser analisado como uma proposta eficaz de intervenção e possibilita reflexão para a construção e/ou adaptação de programas de intervenção para grupo de escolares.

## REFERÊNCIAS

- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4), 779-788. doi 10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2018). *Critério de Classificação econômica Brasil* (CCEB).
- Autuori, M. (2018). *Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 271-282. doi 10.1590/S0102-37722009000200016
- Biggs, A., Brough, P., & Barbour, J. P. (2014). Enhancing work-related attitudes and work engagement: A quasi-experimental study of the impact of an organizational intervention. *International Journal of Stress Management* 21(1), 43-68. doi 10.1037/a0034508
- Bolsoni-Silva A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: Associações com habilidades sociais, praticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressao maternal. *Psico* 47(2), 11-120. doi 10.15448/1980-8623.2016.2.20806
- Caminha, R.M. (2019). *Darwin para psicoerapeutas: socialização, emoções, empatia e psicoterapia*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha. R. M., Caminha, M. G., & Duarte, V. (2017). Programa TRI Preventivo de educação socioemocional. In J. M., Alves (Org.) *Abordagens Cognitivo-comportamentais no contexto escolar* (pp. 164-178). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Cia, F., & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da

- escolarização. *Estud. psicol. (Campinas)* 26(1), 45-55. doi 10.1590/S0103-166X2009000100005.
- Coelho, V. A., Marchante, M., Sousa, V., & Romão, A. M. (2016). Programas de intervenção para o desenvolvimento de competências socioemocionais em idade escolar: Uma revisão crítica dos enquadramentos SEL e SEAL. *Análise Psicológica*, 34(1), 61-72. doi 10.14417/ap.966
- Cohen J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collaborative for Social and Emotional Learning. (2015). *CASEL guide: Effective Social and emotional learning programs*. Recuperado de: <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Corcoran, R. P., Cheung, A., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56-72. doi 10.1016/j.edurev.2017.12.001
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 167-206). Campinas: Alínea.
- Deluca, V., Antoniutti, C. B. P., Boff, N., Landerberger, T., Argimon, I. I. L., & Oliveira, M. S. (2018). A presença de sintomas psicopatológicos em crianças e responsáveis que procuram psicoterapia infantil. *Aletheia* 51(1-2), 68-79. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4905/3259>
- Durlak J. A., Dymnicki A. B., Taylor R. D., Weissberg, R. P., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Fava, D. (Org) (2016). *A Prática da Psicologia na Escola: Introduzindo a Abordagem Cognitivo-Comportamental*. Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). A influência da auto estima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. doi 10.1590/S0101-60832011000500003
- Gilbert, K. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 467-481. doi 10.1016/j.cpr.2012.05.005

- Goodman, K. L., & Southam-Gerow, M. A. (2010). The regulating role of negative emotions in children's coping with peer rejection. *Child Psychiatry Hum Dev*, 41(5), 515-34. doi 10.1007/s10578-010-0185-2
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social skills rating system: Manual*. USA: American Guidance Service
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., & Omigbodun (2011). Child and Adolescent Mental Health Worldwide: evidence for action. *Global Mental Health* 378, 1515-1525. doi 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Lipnevich, A. A., & Roberts, R. D. (2012). Non cognitive skills in education: Emerging research and applications in a variety of international contexts. *Journal of Psychology and Education*, 2(2), 173-177. doi 10.1016/j.lindif.2011.11.016
- Marin, A. H., & Fava, D. C. (2016). Programas de intervenção no contexto escolar: revisão da literatura científica. In D. C. Fava (Ed), *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 325-350). Belo Horizonte, MG: Artesã
- Marin, A. H., Silva, C. T., Andrade, E. I. D., Bernardes, J., & Fava, D. C. (2017). Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 92-103. doi 10.5935/1808-5687.20170014
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544-554. doi 10.1016/j.brat.2011.06.003
- Medeiros, R. B. V. (2015). *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotional Regulation Checklist (ERC): Estudos preliminares de adaptação e validação para a cultura brasileira. *Trends in Psychology* 24(1), 77-96. doi 10.9788/TP2016.1-06
- Roberts R. E., Roberts C. R., & Xing Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal Psychiatr Res*. 41(11), 959-67. doi 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006
- Shields, A. M., & Cicchetti, D. (1995). *The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children*. Paper presented

at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Indianapolis, IN, USA.

- Sklad M., Diekstra R., Ritter M., Ben, J., & Gravesteyn C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools* 49(9). doi 10.1002/pits.21641
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372. doi 10.1590/0047-20850000000046

### 3.2 SEÇÃO EMPÍRICA II - EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PARA PROMOVER SAÚDE MENTAL E PREVENIR PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR

#### Resumo

Esse estudo objetivou avaliar os efeitos do protocolo Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) nas competências socioemocionais e nos sintomas de ansiedade e depressão em crianças com idade entre 7 e 9 anos. Comparou-se o grupo experimental com o grupo de lista de espera antes e após a intervenção no ambiente escolar. Os responsáveis preencheram o *Social Skills Rating System* e a *Emotional Regulation Checklist*. As crianças preencheram a *Social Skills Rating System*, *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* e *Children Depression Inventory*. Percebeu-se aumento significativo nas habilidades sociais e nos níveis de regulação emocional, assim como diminuição significativa nos escores de problemas de comportamento, sintomas de ansiedade e depressão, no grupo experimental. Houve diferença significativa entre os grupos na avaliação das crianças nos níveis de habilidades sociais, assim como na avaliação final nos escores de regulação emocional. Percebe-se resultados satisfatórios com o TRI-P, apresentando uma proposta de prevenção de problemas emocionais e de comportamento na escola.

**Palavras-chave:** Prevenção; Infância; Promoção da Saúde em Ambiente Escolar.

#### Abstract

This study aims to assess the effects of the Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) protocol on socioemotional skills and symptoms of anxiety and depression in children aged 7 to 9 years. Compare the experimental group with the waiting list group before and after the intervention in the school setting. Those responsible filled out the Social Skills Classification System and an Emotional Regulation Checklist. As children completed a Social Skills Classification System, screening for emotional disorders related to childhood anxiety and child depression inventory. There is a significant increase in social skills and levels of emotional affectivity, as well as a significant decrease in behavior problems, symptoms of anxiety and depression, in any experimental group. There was a significant difference between the children's assessment groups in the levels of social skills, as well as in the final assessment of emotional scores. Realize satisfactory results with the TRI-P, presenting a proposal for the prevention of emotional and behavioral problems at school.

**Keys-word:** Prevention; Childhood; Health Promotion in School Environment.

### 3.2.1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a literatura científica tem chamado a atenção para a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. A incidência de psicopatologias, como os Transtornos de Ansiedade e Depressivo, têm aumentado de forma alarmante nos últimos anos (World Health Organization [WHO], 2012). De acordo com uma revisão sistemática realizada para identificar os transtornos mais prevalentes na infância e adolescência, mais da metade dos estudos encontraram predomínio entre 5,9% e 12,5% para quadros de depressão. Já nos transtornos ansiosos houve uma prevalência entre 9% e 32,3% (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014).

Apresentar sintomatologia ansiosa e depressiva é um fator de risco, podendo desencadear prejuízos no desenvolvimento infantil e ao longo do tempo. Alguns exemplos são: a evolução dos sintomas para Transtornos de Ansiedade e Depressão, assim como abuso de substâncias, envolvimento com violência e comportamentos problemáticos, risco de suicídio, fracasso no aprendizado acadêmico e baixo nível de habilidades sociais, capacidade de resolução de problemas e auto-estima (Moharrerri & Yazdi, 2017; Cruvinel & Boruchovitch, 2014; Del Prette & Del Prette, 2005; Murta, 2007). Frente essas consequências, evidências indicam que intervenções preventivas podem ser consideradas fundamentais, na medida em que visam prevenir a progressão sintomatológica e reduzir o risco do desenvolvimento de transtornos mentais ou comorbidades na infância e adolescência (Murta, 2007; Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi & McGorry, 2012).

Apesar do reconhecimento da importância de intervenções de prevenção e de promoção da saúde no período da infância e adolescência, existe uma lacuna entre a demanda e a disponibilidade de recursos (Belfer, 2008; Abreu, Barletta & Murta, 2015). Nesse sentido, torna-se necessário investimento na implementação de programas de prevenção e promoção nessa faixa do desenvolvimento, com o intuito de aumentar fatores protetivos, atenuar sintomas de psicopatologias e prevenir o surgimento de novos problemas (Abreu et al., 2015; Iizuka & Barrett, 2011).

O ambiente escolar pode oferecer um espaço favorável para o desenvolvimento de saúde mental dos alunos através de programas preventivos que oferecem uma alternativa para os tratamentos tradicionais (Herzig-Anderson et al., 2012; Stallard et al., 2014). Há uma tendência crescente de realizar programas com o objetivo de promover resultados positivos e prevenir comportamentos problemáticos no público infanto-juvenil em ambientes educacionais, reafirmando a relevância da prevenção e do desenvolvimento de fatores

protetivos na atenção primária (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* [CASEL], 2015; Moharrerri & Yazdi, 2017; Del Prette & Del Prette, 2005).

Evidências indicam que intervenções com o objetivo de desenvolver competências socioemocionais no público infanto-juvenil influenciam positivamente o desenvolvimento saudável e na mudança de comportamento das crianças. Nesse sentido, o trabalho com habilidades socioemocionais pode ser alvo de programas visto que associam-se com resultados positivos em termos sociais, comportamentais e acadêmicos e prediz saúde ao longo da vida adulta (Domitrovich, Durlak, Staley & Weissberg, 2017).

Nessa perspectiva, esse estudo visa avaliar os efeitos do Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) nos níveis de habilidades sociais, regulação emocional e problemas de comportamento, assim como nos escores da sintomatologia ansiosa e depressiva em crianças. Essa pesquisa foi realizada em escolas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

### **Trabalho de Regulação Infantil**

Um programa existente para o tratamento da sintomatologia ansiosa e depressiva é o protocolo da Terapia de Regulação Infantil (TRI), desenvolvido no Brasil, em 2012, pelos psicólogos Renato e Marina Caminha. O protocolo destina-se ao público infanto-juvenil de 7 a 12 anos de idade. O objetivo do TRI é desenvolver habilidades na infância como: habilidades socioemocionais, empatia, habilidades sociais, resolução de problemas, comportamentos assertivos que influenciam o bem estar, além de propor exercício de relaxamento do corpo e da mente (Caminha, Caminha & Finger, 2017).

Inicialmente, o protocolo foi desenvolvido na modalidade clínica para o tratamento dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo. Entretanto, após resultados de pesquisas apontarem redução significativa de sintomas de ansiedade e depressão em crianças (Medeiros, 2015), os autores criaram uma modalidade preventiva, denominada Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P). O TRI-P baseia-se no mesmo objetivo do TRI Clínico, porém é destinado à prevenção de problemas relacionados aos quadros clínicos. Assim, os autores optaram por usar o termo trabalho e não terapia, visto que a intervenção não opera apenas no enfoque clínico (Caminha, Caminha & Justo, 2015). O foco de prevenção é universal, que tem por objetivo promover saúde mental para as crianças como um todo, sem diferenciar as crianças que já apresentam alguma dificuldade ou que estão em risco de desenvolver algum problema emocional e comportamental (Nardi, Ferreira & Neufeld, 2015; Abreu et al., 2015).

O Trabalho de Regulação Infantil ocorre no ambiente escolar, em formato grupal e, para o acompanhamento e realização das atividades, cada criança recebe um caderno de

tarefas. Esse material é entregue no final do programa para a criança levar consigo um registro do que foi realizado durante a intervenção. O TRI-P ocorre em doze encontros semanais e semiestruturados, resultando em, aproximadamente, 2 meses e meio de trabalho (Caminha et al., 2015).

O protocolo, tanto clínico quanto preventivo, é embasado nas postulações evolucionistas de Charles Darwin sobre o papel adaptativo das emoções e de Paul Ekman sobre a expressão das emoções. Além disso, possui influência do modelo cognitivo-comportamental de Aaron Beck e Albert Ellis e do modelo cognitivo processual de Irismar Oliveira (Caminha et al., 2015).

Nesse sentido, o programa TRI aborda os conteúdos básicos da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) relacionados às emoções, pensamentos e comportamentos em três etapas que formam um acrônimo TRI. São elas: etapa T, que indica o trabalho com as emoções, etapa R remetendo-se à reciclagem dos pensamentos e etapa I, que refere-se à inovação dos comportamentos.

O TRI foi moldado com a utilização de metáforas para maior compreensão do público infanto-juvenil, além de facilitar a criação de representações mentais específicas sobre cada etapa da intervenção (Caminha et al., 2017). Na etapa T a metáfora central baseia-se nas ondas do mar, explica-se que as emoções são como ondas e ao passar por nós influenciam a maneira de pensar e agir. Na etapa R a metáfora utilizada é da reciclagem para trabalhar reestruturação cognitiva. Para isso, auxilia-se a criança a perceber que os pensamentos podem estar distorcidos e para mudá-los pode-se reciclá-los assim como o lixo. Já os pensamentos que nos ajudam podem ser multiplicados, com a utilização da metáfora denominada fogos de artifício. Na etapa I a metáfora diz respeito ao efeito bumerangue, referindo-se que as nossas ações retornarão para nós da mesma forma que foram lançadas, assim trabalha-se comportamento pró sociais (Caminha et al., 2015).

No protocolo preventivo, a etapa T é composta por sete encontros, na etapa R há três encontros e a etapa I dois encontros. Cada encontro tem uma sequência básica e objetivos específicos a serem alcançados em relação ao conteúdo abordado. O TRI-P é organizado da seguinte forma: 1º encontro: apresentação do programa e as habilidades que serão trabalhadas, apresentação de cada participante, do coordenador e assistentes, combinações e regras do grupo; 2º encontro: psicoeducação sobre o que são emoções, quais são agradáveis (alegria e amor) e desagradáveis (tristeza, raiva, medo, nojo) de sentir, identificação de situações em que vivenciaram cada emoção, quantificação da emoção sentida, validação das emoções e introdução da metáfora da onda; 3º encontro: trabalho de reconhecimento da

expressão facial de cada emoção, apresentação de outras emoções (ansiedade, saudades, vergonha, etc.); 4º encontro: identificação da emoção no corpo através da percepção de sintomas fisiológicos; 5º encontro: treinamento da empatia através de exercícios de imitação e adivinhação; 6º encontro: identificação de atitudes e comportamentos assertivos para alcançar o bem-estar, introdução do treino de posições de relaxamento e *mindfulness*; 7º encontro: treino de exercícios de respiração para relaxamento e encerramento da etapa T; 8º encontro: introdução da etapa dos pensamentos, compreensão dos pensamentos e relação com emoções, explicação da metáfora da reciclagem; 9º encontro: aplicação do exercício da máquina da reciclagem para alterar pensamentos disfuncionais; 10º encontro: explicação da metáfora dos fogos de artifício e aplicação do exercício para multiplicar pensamentos advindos de emoções agradáveis; 11º encontro: introdução da última etapa do protocolo, apresentação da metáfora do bumerangue, discussão sobre comportamentos, habilidades sociais e importância do respeito; 12º encontro: trabalho com cenas comportamentais de comportamentos assertivos e seus opostos, treino de habilidades sociais e resolução de problemas em uma situação e fechamento dos encontros retomando os conteúdos trabalhados durante o programa.

A organização de cada encontro do programa TRI-P tem o intuito de trabalhar habilidades socioemocionais, que são consideradas fatores de proteção para o não desenvolvimento de problemas relacionados aos transtornos mentais. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi avaliar os efeitos do Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) nas competências socioemocionais e na sintomatologia de ansiedade e depressão de crianças de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Esse trabalho pode ser considerado relevante para contribuir com as pesquisas brasileiras sobre prevenção e promoção de saúde na infância, apresentar evidências científicas dos efeitos do protocolo TRI-P, visto que ainda são escassas e discutir a possibilidade de implementação em escolas.

### 3.2.2 METODOLOGIA

Este estudo teve delineamento de base *quasi*-experimental. Comparou-se o grupo experimental, que recebeu a intervenção do protocolo TRI-P, com o grupo controle do tipo lista de espera em relação aos níveis de habilidades sociais, problemas de comportamento, labilidade do humor e regulação emocional, assim como nos escores dos sintomas dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo, antes e após a intervenção. O presente estudo faz parte de um projeto maior que visa avaliar a efetividade da Terapia de Regulação Infantil, o qual está com parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS (CAAE: 40658214.6.0000.5336).

## **Participantes**

Participaram do estudo 39 crianças com idade entre 7 a 9 anos, do sexo masculino e feminino, devidamente matriculadas em escolas particulares e públicas do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A divisão para grupo experimental (GE) e controle (GC) deu-se de forma não aleatória nas duas escolas.

## **Instrumentos de coleta de dados**

Questionário de dados sócio demográficos: Criou-se um questionário para coletar dados de identificação da criança e responsáveis, assim como histórico familiar de transtornos mentais na família. As informações sócio-demográficas dos participantes foram coletadas a partir do sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Esse instrumento levanta características domiciliares para diferenciar a população em estratos de classificação econômica: A, B, C, D e E. (ABEP, 2018).

*Children Depression Inventory* (CDI): Esse inventário foi desenvolvido por Kovacs em 1983 e traduzido e validado no Brasil por Gouveia e colaboradores em 1995. O CDI avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir de auto relato. É constituído por 27 itens e cada item contém três opções de escolha que são classificadas variando de 0 (não verdadeiro) a 2 (muito verdadeiro), refletindo o grau de sintomas depressivos específicos nas últimas 2 semanas. A pontuação total varia de 0 a 54 e pontuações mais altas indicam sintomatologia depressiva mais grave. Em um estudo de que objetivou avaliar as propriedades psicométricas do CDI em uma amostra do sul do Brasil encontrou-se alta consistência interna ( $\sigma = 0,85$ ). Definiu-se, como ponto de corte para pacientes com sintomas clinicamente significativos, a pontuação 14, para meninos, e 16, para meninas (Wathier, Dell’Aglia & Bandeira, 2008).

*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED): É um instrumento multidimensional desenvolvido por Boris Birmaher e colaboradores em 1997 e adaptado e validado para o uso no Brasil por Barbosa, Gaião e Barbosa, e Gouveia em 2002. O SCARED avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. Contém 41 itens com três opções de resposta (0= nunca/raramente; 1=algumas vezes; 2= frequentemente) e o participante deve marcar qual resposta melhor o descreve nos últimos 3 meses. As pontuações variam de 0 a 82 e as pontuações mais altas refletem níveis mais alto da ansiedade. No estudo de adaptação e

validação encontrou-se consistência interna de 0,82 (Barbosa et al., 2002). Identificou-se como adequado o ponto de corte de 37 pontos (Barbosa et al., 2002; Isolan et al., 2011).

*Social Skills Rating System (SSRS-BR)*: Esse instrumento foi elaborado e validado por Frank Gresham e Stephen Elliot em 1990 e traduzido e adaptado para o Brasil por Zilda Del Prette e Almir Del Prette em 2003. É um sistema de avaliação de habilidades sociais e comportamentos problemáticos que inclui autoavaliação da criança e avaliação por responsáveis de crianças do Ensino Fundamental. A escala preenchida pelas crianças possui 20 itens, os quais são respondidos de acordo com a frequência dos comportamentos. Já a escala dirigida aos pais/responsáveis possui duas medidas: uma que avalia habilidades sociais e outra medida avalia os comportamentos problemáticos, ambas são respondidas em relação à frequência de ocorrência. As respostas das escalas são organizadas em escala *Likert* (0=nunca, 1=algumas vezes, 2=muito frequente). As escalas de avaliação de habilidades sociais obtiveram as seguintes consistências internas: 0,78 para a versão das crianças e 0,86 para a versão dos pais/responsáveis. Já a escala de avaliação dos comportamentos problemáticos, os valores de alfa de Cronbach foi de 0,83 (Bandeira, Del Prette, Del Prette & Magalhães, 2009).

*Emotional Regulation Checklist (ERC)*: É uma escala construída por Shields e Cicchetti em 1995. Foi traduzida, adaptada e validada em 2016 para português brasileiro por Reis e colaboradores. O instrumento é preenchido pelos responsáveis da criança e possui duas subescalas: a Regulação Emocional (RE) é avaliada a partir de nove itens e a subescala Labilidade/Negatividade Emocional (L/N) consiste em quinze itens. O instrumento contém 24 itens, medidos através de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos (1=nunca; 2=algumas vezes; 3=frequentemente; 4=quase sempre). Escores mais altos indicam maior regulação emocional e menor desregulação emocional. A consistência interna das escalas apresentou-se adequada (L/N  $\alpha = 0,96$ ; RE  $\alpha = 0,83$ ) e elas mostraram-se intercorrelacionadas ( $r = -0,50$ ,  $p < 0,001$ ) (Reis et al. 2016).

### **Procedimento de coleta**

A proposta de intervenção foi apresentada em duas escolas no interior do Rio Grande do Sul, uma privada e uma pública municipal. Na escola municipal, primeiramente foi necessário apresentar a proposta para a Secretaria Municipal de Educação. Os responsáveis das escolas autorizaram a realização da pesquisa. Na escola particular ofertou-se a pesquisa apenas para os pais das crianças de 7 a 9 anos que frequentavam o turno integral da escola,

visto que os encontros seriam realizados no turno inverso do período curricular, conforme acordado com a direção. Já na escola municipal, todas as crianças de 7 a 9 anos foram convidadas para a pesquisa.

Após a assinatura da carta de aceite da pesquisa pela direção da escola, realizou-se uma palestra para os pais/cuidadores de crianças entre 7 e 9 anos. No encontro, com duração de aproximadamente 30 minutos, apresentou-se o projeto, os objetivos, o protocolo e os resultados esperados após a intervenção. Essa palestra foi conduzida pela psicóloga, mestranda do projeto. Os responsáveis que demonstraram interesse preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e levaram para preencher em casa o questionário de dados sócio demográficos e as escalas: *Emotional Regulation Checklist* (ERC) e *Social Skills Rating System* (SSRS) – Versão Pais.

Na escola particular, a psicóloga do local ficou encarregada de recolher os documentos devolvidos e entrar em contato com os pais que não compareceram na reunião inicial, a fim de convidá-los para a pesquisa. Já na escola municipal, a diretora encarregou-se de recolher os materiais e a mestranda do projeto contactou os responsáveis das crianças que não haviam comparecido na palestra convidando-os para a pesquisa.

Em um momento posterior, as crianças que tiveram o TCLE assinado pelos pais, foram convidadas a assinar o Termo de Assentimento (TALE) e avaliadas no momento pré intervenção com os instrumentos: *Social Skills Rating System* (SSRS) – Versão Criança, *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) e *Children Depression Inventory* (CDI). As avaliações foram conduzidas de forma grupal por uma graduanda em Psicologia que foi treinada para a aplicação dos instrumentos e participou como assistente dos grupos. Após a primeira avaliação, dividiu-se de maneira não aleatória as crianças no grupo experimental (GE) e grupo controle do tipo lista de espera (GC). Por exemplo, na escola pública os alunos incluídos que estudavam de manhã iniciaram a pesquisa no GE e os alunos do turno da tarde permaneceram em lista de espera (GC). Já na escola particular a divisão das crianças incluídas foi realizada pela psicóloga da escola, separando as crianças que eram irmãos, por exemplo. Sendo assim, o GC foi composto por crianças que não receberam a intervenção TRI-P no primeiro momento, entretanto foram chamadas após três meses para participar do programa, ou seja, quando terminou a intervenção com o GE. Já no GE participaram as crianças que foram submetidas ao programa logo após a avaliação inicial.

A intervenção com a TRI-P ocorreu em uma sala de aula disponibilizada em cada escola. Os encontros foram semanais, com duração de 1 hora cada. Na escola pública, os grupos ocorreram no período curricular dos alunos. Já na escola particular, os encontros

ocorreram durante o turno inverso. Os grupos foram dirigidos pela mestrande do projeto e uma assistente de pesquisa que é estudante de psicologia, ambas treinadas para aplicar o protocolo TRI-P.

Após o término dos doze encontros da intervenção TRI-P com o GE, todas as crianças foram reavaliadas, ou seja, as crianças do GE e as crianças que permaneceram na lista de espera (GC). Novamente, as avaliações foram conduzidas de forma grupal por uma graduanda em Psicologia, assistente dos grupos e que foi treinada para a aplicação dos instrumentos: SSRS – Versão crianças, SCARED e CDI. E os pais preencheram novamente as escalas SSRS – Versão pais e a ERC. O período entre a avaliação inicial e a avaliação após a aplicação do programa TRI-P foi de, aproximadamente, 3 meses.

### **Análises estatísticas**

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade. O estudo da distribuição de dados ocorreu pelo teste de *KolmogorovSmirnov*. A comparação das variáveis categóricas entre os dois grupos ocorreu pelos testes Qui quadrado de Pearson e Exato de *Fisher*. A análise que envolveu as variáveis contínuas na comparação entre dois grupos independentes, foram empregados o teste *t-Student*. Quando a análise envolveu a comparação entre as avaliações pré e pós intervenção foi empregado o teste *t-Student* para amostra dependentes/pareados.

A avaliação do impacto da intervenção observado nas medidas ao final do estudo (avaliação Pós) foi calculada através da estimativa do tamanho do efeito, através do *d* de Cohen, com o seguinte critério de classificação:  $< |0,199|$  = efeito insignificante;  $|0,20-0,49|$  = efeito pequeno;  $|0,50 - 0,79|$  = efeito médio;  $|0,80 - 1,29|$  = efeito grande e  $> |1,30|$  = efeito muito grande (Cohen, 1988). Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 24.0, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

### **3.2.3 RESULTADOS**

O total de participantes foi de 45 crianças, entretanto 6 crianças foram excluídas em virtude de não terem entregue a avaliação pós intervenção. Dessas seis crianças, 3 eram do grupo controle (GC) e 3 eram do grupo experimental (GE). Assim, esse estudo totalizou 39 participantes, com idade média de 8,2 ( $\pm 0,7$ ), divididos entre dois grupos independentes 22

(56,4%) no GE e 17 (43,6%) no GC. Os resultados descritivos podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra, segundo o grupo.

| Variáveis                                      | Grupo     |      |           |      | p     |
|------------------------------------------------|-----------|------|-----------|------|-------|
|                                                | GE (n=22) |      | GC (n=17) |      |       |
|                                                | n         | %    | n         | %    |       |
| <b>Escola</b>                                  |           |      |           |      | 0,921 |
| Pública                                        | 12        | 54,5 | 9         | 52,9 |       |
| Privada                                        | 10        | 45,5 | 8         | 47,1 |       |
| <b>Gênero</b>                                  |           |      |           |      | 0,140 |
| Masculino                                      | 9         | 40,9 | 11        | 64,7 |       |
| Feminino                                       | 13        | 59,1 | 6         | 35,3 |       |
| <b>Idade (anos)</b>                            |           |      |           |      | 0,646 |
| Média±Desvio padrão                            | 8,2±0,8   |      | 8,3±0,7   |      |       |
| <b>Escolaridade da Criança (ano)</b>           |           |      |           |      | 0,662 |
| 2 ano                                          | 5         | 22,7 | 2         | 11,8 |       |
| 3 ano                                          | 13        | 59,1 | 11        | 64,7 |       |
| 4 ano                                          | 4         | 18,2 | 4         | 23,5 |       |
| <b>Escolaridade mãe*</b>                       |           |      |           |      | 0,948 |
| Ensino Fundamental                             | 6         | 28,6 | 5         | 29,4 |       |
| Ensino Médio                                   | 6         | 28,6 | 7         | 41,2 |       |
| Ensino Superior                                | 3         | 14,3 | 2         | 11,8 |       |
| Pós graduação                                  | 6         | 28,6 | 3         | 17,6 |       |
| <b>Escolaridade pai*</b>                       |           |      |           |      | 0,434 |
| Ensino Fundamental                             | 4         | 20,0 | 5         | 31,3 |       |
| Ensino Médio                                   | 7         | 35,0 | 7         | 43,8 |       |
| Ensino Superior                                | 5         | 25,0 | 4         | 25,1 |       |
| Pós graduação                                  | 4         | 20,0 | 0         | 0    |       |
| <b>Critério Classificação Econômica Brasil</b> |           |      |           |      | 0,134 |
| A (45-100)                                     | 2         | 9,1  | 3         | 17,6 |       |
| B1 (38-44)                                     | 8         | 36,4 | 1         | 5,9  |       |
| B2 (29-37)                                     | 4         | 18,2 | 7         | 41,2 |       |
| C1 (23-28)                                     | 6         | 27,3 | 3         | 17,6 |       |
| C2 (17-22)                                     | 2         | 9,1  | 2         | 11,8 |       |
| D (11-16)                                      | 0         | 0    | 1         | 5,9  |       |

\*Casos não informados: escolaridade da mãe GE= 1; escolaridade do pai GE = 2, GC=1.

Sobre a comparação dos dados sócio demográficos da criança com os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo ( $p=0,140$ ); idade ( $p=0,646$ ); escolaridade da criança ( $p=0,662$ ), escolaridade da mãe ( $p= 0,948$ ); escolaridade do pai ( $p=0,434$ ); planejamento da gestação ( $p=0,478$ ); número de irmãos ( $p=0,096$ ) e a união dos pais ( $p=0,819$ ). Esses resultados indicam que os grupos são estatisticamente semelhantes em relação a essas variáveis.

Nas informações referentes aos pais, tanto no GE quanto no GC a maior parte dos pais estão casados [GE: 68,2% (n=15) ; GC: 64,7% (n=11)]. Em ambos grupos, a maioria das crianças não realiza acompanhamento psicoterápico [GE: 95,5% (n=21) vs GC: 88,2% (n=15)]. Em relação às atividades extra classe, a maior parte do GE realiza algum tipo de atividade (59,1%, n=13). Já o GC a maioria das crianças não realiza atividades extras (52,9%, n=9), entretanto esse resultado não foi estatisticamente diferente entre os grupos ( $p=0,455$ ). Tanto no GE quanto no GC os cuidadores apontaram não haver histórico de doença psiquiátrica na família [GE: 72,7% (n=16) vs GC: 82,4% (n=14)].

Em relação aos resultados da escala SSRS, detectou-se resultados significativos na dimensão Habilidades Sociais - Versão Pais (V.P) na análise que envolveu a comparação intragrupo, indicando aumento significativo da média de 34,5% na avaliação Pós do GE [Pré:  $43,31 \pm 25,61$  vs. Pós:  $58,27 \pm 24,87$ ;  $p=0,001$ ]. No GC também houve aumento da média na avaliação Pós, de 3,9%, entretanto não foi um resultado estatisticamente significativo [Pré:  $50,37 \pm 34,81$  vs. Pós:  $52,37 \pm 31,56$ ]

Na dimensão Habilidades Sociais - Versão Crianças (V.C) no GE houve um aumento significativo de 65,7% na média da avaliação Pós [Pré:  $35,59 \pm 30,61$  vs. Pós:  $59,00 \pm 29,29$ ;  $p=0,002$ ]. Em contrapartida, houve redução significativa das medidas na avaliação Pós no GC, apresentando uma diferença de 37,2% entre a avaliação Pré e Pós [Pré:  $55,50 \pm 33,59$  vs. Pós:  $34,81 \pm 23,64$ ;  $p=0,019$ ].

Na dimensão Problemas de Comportamento os resultados apontaram redução na média da avaliação Pós tanto no GE quanto no GC. Entretanto, no GE houve redução estatisticamente significativa de 32,8% ( $p=0,013$ ) na média da avaliação Pós ( $37,09 \pm 30,15$ ) em comparação à avaliação Pré ( $55,22 \pm 30,52$ ). No GC houve redução de 3,4% na média entre as avaliações [Pré:  $49,25 \pm 30,87$  vs. Pós:  $47,56 \pm 28,87$ ], mas não apresentou um resultado significativo.

Os escores das dimensões apresentadas na tabela 2 foram comparados entre grupos. Observou-se resultados significativos apenas na dimensão Habilidades Sociais - Versão Crianças, ou seja, ao comparar os dados entre o GE e GC da avaliação Pré e Pós percebe-se que houve diferença significativa entre os grupos nos dois tempos (Pré:  $p=0,044$  vs. Pós:  $p=0,010$ ), indicando que o GC iniciou com nível mais elevado na média de habilidades sociais e houve redução na avaliação Pós, enquanto que no GE, embora tenha iniciado com menor média de habilidades sociais, houve aumento na média da avaliação Pós.

Considerou-se a análise complementar da estimativa do tamanho de efeito da intervenção, em cada grupo. Destaca-se a dimensão Habilidades Sociais - Versão Pais em que

o efeito foi classificado como grande no GE ( $d_{Cohen}=0,83$ ) e insignificante no GC ( $d_{Cohen}=0,08$ ). O tamanho de efeito na dimensão Habilidades Sociais - Versão Crianças foi médio para ambos os grupos [GE:  $d_{Cohen}=0,74$  vs. GC:  $d_{Cohen}=0,65$ ]. Na dimensão Problemas de Comportamento o tamanho de efeito no GE foi médio ( $d_{Cohen}= 0,58$ ) enquanto que no GC foi classificado como insignificante ( $d_{Cohen}=0,08$ ).

Tabela 2. Média e desvio padrão para as dimensões da escala SSRS

| Escala SSRS                    | Grupo     |               |           |               |
|--------------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|                                | GE (n=22) |               | GC (n=17) |               |
|                                | Média     | Desvio Padrão | Média     | Desvio Padrão |
| Habilidades Sociais (V.P) Pré  | 43,31     | 25,61         | 50,37     | 34,81         |
| Habilidades Sociais (V.P) Pós  | 58,27     | 24,87         | 52,37     | 31,56         |
| p¶                             | 0,001*    |               | 0,728     |               |
| Δ% (pós-pré)                   | 34,5%     |               | 3,9%      |               |
| d de Cohen                     | -0,83     |               | -0,08     |               |
| Habilidades Sociais (V.C) Pré  | 35,59     | 30,61         | 55,50     | 33,59         |
| Habilidades Sociais (V.C) Pós  | 59,00     | 29,29         | 34,81     | 23,64         |
| p¶                             | 0,002*    |               | 0,019*    |               |
| Δ% (pós-pré)                   | 65,7%     |               | -37,2%    |               |
| d de Cohen                     | -0,74     |               | 0,65      |               |
| Problemas de comportamento Pré | 55,22     |               | 30,52     |               |
| Problemas de comportamento Pós | 37,09     |               | 30,15     |               |
| p¶                             | 0,013*    |               | 0,743     |               |
| Δ% (pós-pré)                   | -32,8%    |               | -3,4%     |               |
| d de Cohen                     | 0,58      |               | 0,08      |               |

¶: Comparação Intragrupo

Δ%: Diferença relativa entre as avaliações Pós-Pre

d de Cohen: Estimativa do tamanho de efeito;

\*Diferença estatisticamente significativa

A análise dos resultados da escala ERC intragrupo pode ser observada na tabela 3. Percebeu-se resultado significativo na subescala L/N no GE ( $p=0,006$ ) em que a média na avaliação pós diminuiu 3,69 pontos, evidenciando uma diferença de 13,3% entre a média pré e pós [Pré:  $27,73 \pm 4,98$  vs. Pós:  $24,04 \pm 5,10$ ]. Esse resultado, classificou-se com tamanho de efeito médio ( $d_{Cohen}= 0,64$ ).

No GC a variação entre as duas médias não foi significativa [Pré:  $26,0 \pm 6,90$  vs. Pós:  $27,06 \pm 6,23$ ,  $p=0,331$ ] e o tamanho de efeito foi pequeno ( $d_{Cohen}= 0,25$ ). Vale ressaltar que, diferentemente do GE, no GC houve um aumento de 4,0% na média da avaliação pós.

A análise que envolveu a subescala RE mostra um aumento significativo de 9,0% na média da avaliação pós no GE em comparação aos dados basais [Pré:  $31,27 \pm 3,41$  vs. Pós:

34,09±3,23,  $p=0,000$ ]. O impacto da intervenção no aumento de 2,82 pontos na avaliação final foi classificado como grande ( $d_{Cohen}= 0,99$ ), salvo demais variáveis não controladas nesse estudo. De maneira oposta, o GC apresentou uma diminuição de 3,2% na média final, ou seja, quando comparamos os dados iniciais com os finais há uma redução de 1,01 pontos [Pré: 30,88±4,41 vs. Pós: 29,87±5,40,  $p= 0,274$ ]. Os resultados do GC não foram estatisticamente significativos e apresentação tamanho de efeito pequeno ( $d_{Cohen}= 0,28$ ).

Em relação a análise entre grupos, não houve diferenças significativas entre as médias dos dois grupos nas duas avaliações na subescala L/N. Na análise da subescala RE, percebeu-se que na avaliação inicial os grupos não diferiram entre si de modo significativo em relação às médias. Porém, houve diferença significativa entre os grupos na avaliação final da subescala RE ( $p=0,011$ ). Esse resultado indica que o GE finalizou a intervenção com média mais elevada, indicando maiores níveis de regulação emocional, enquanto que no GC a média diminuiu.

Tabela 3. Média e desvio padrão para as subescalas ERC segundo o grupo

| Escala ERC        | Grupo     |               |           |               |
|-------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|                   | GE (n=22) |               | GC (n=17) |               |
|                   | Média     | Desvio Padrão | Média     | Desvio Padrão |
| Subescala L/N Pré | 27,73     | 4,98          | 26,00     | 6,90          |
| Subescala L/N Pós | 24,04     | 5,10          | 27,06     | 6,23          |
| p¶                | 0,006*    |               | 0,331     |               |
| Δ% (pós-pré)      | -13,3%    |               | 4,0%      |               |
| d de Cohen        | 0,64      |               | -0,25     |               |
| Subescala RE Pré  | 31,27     | 3,41          | 30,88     | 4,41          |
| Subescala RE Pós  | 34,09     | 3,23          | 29,87     | 5,40          |
| p¶                | 0,000*    |               | 0,274     |               |
| Δ% (pós-pré)      | 9,0%      |               | -3,2%     |               |
| d de Cohen        | -0,99     |               | 0,28      |               |

¶: Comparação Intragrupo

Δ%: Diferença relativa entre as avaliações Pós-Pre

d de Cohen: Estimativa do tamanho de efeito;

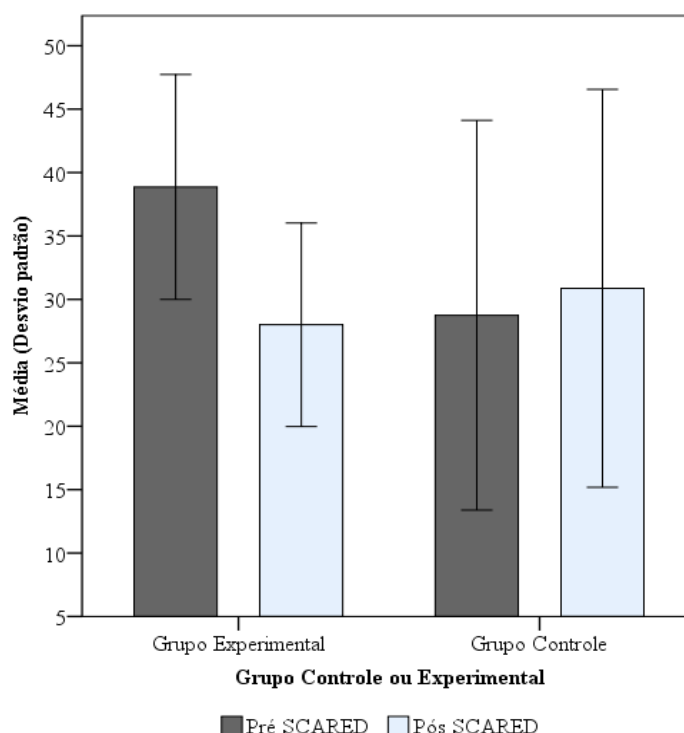
\* Diferença estatisticamente significativa

Os dados referentes aos resultados da escala SCARED podem ser conferidos na figura 1. Na análise intragrupo, houve resultado significativo no GE ( $p=0,000$ ) em que a média na avaliação Pós (28,00±8,02) reduziu em 27,9% em comparação a avaliação Pré (38,86±8,87). Esse resultado teve um tamanho de efeito muito grande ( $d_{Cohen}= 1,51$ ), sugerindo que a intervenção teve muito impacto na redução da sintomatologia ansiosa, salvo variáveis não controladas no estudo. Em contrapartida, no GC não houve redução da média na avaliação

Pós. No GC a média final aumentou em 7,4% [Pré:  $28,75 \pm 15,36$  vs. Pós:  $30,88 \pm 15,68$ ,  $p=0,149$ ). Esse resultado não foi significativo estatisticamente e teve um tamanho de efeito classificado como pequeno ( $d_{Cohen} = 0,38$ ).

Na comparação entre GE e GC, observou-se que os grupos iniciaram com médias estatisticamente diferentes ( $p=0,014$ ), sendo que o GE apontou maior média na avaliação inicial. Já a avaliação final não houve diferenças significativas entre os grupos.

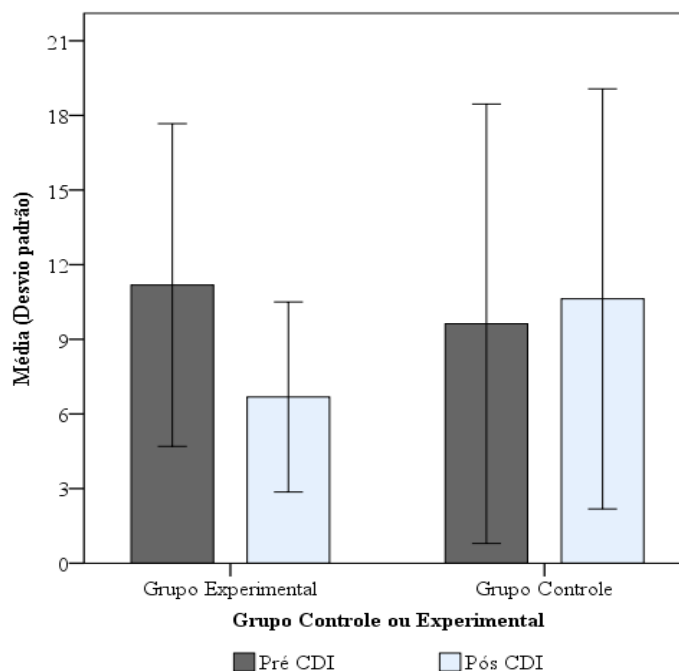
Figura 1. Média e desvio padrão para a escala SCARED segundo o grupo



Os resultados estatísticos referentes à escala CDI podem ser observados na figura 2. Ao analisarmos os dados intragrupo, no GC pode-se observar um aumento de 10% na média final [Pré:  $9,63 \pm 8,83$  vs. Pós:  $10,63 \pm 8,44$ ,  $p=0,479$ ]. Esse resultado não foi estatisticamente significativo e teve um tamanho de efeito classificado como insignificante ( $d_{Cohen} = 0,18$ ).

No que diz respeito ao grupo GE, houve redução significativa de 40% na média da avaliação Pós ( $6,68 \pm 3,82$ ) em comparação à avaliação inicial ( $11,18 \pm 6,48$ ). Esse resultado mostrou-se significativo ( $p=0,000$ ) e apresentou um tamanho de efeito considerado grande ( $d_{Cohen} = 0,89$ ), indicando que o impacto da intervenção na redução da sintomatologia depressiva do GE foi grande. Em relação a análise entre grupos, não houve diferenças significativas entre as médias dos dois grupos nas duas avaliações na escala CDI.

Figura 2. Média e desvio padrão para a escala CDI segundo o grupo



### 3.2.4 DISCUSSÃO

O Trabalho de Regulação Infantil (TRI-P) é um programa de promoção de saúde e prevenção de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo na infância a partir do desenvolvimento de habilidades sociais, aumento da regulação emocional, técnicas de resolução de problemas e treino de empatia (Caminha et al., 2015). Diante disso, o objetivo desse trabalho foi realizar a avaliação dos efeitos do TRI-P nas competências socioemocionais e nos sintomas de ansiedade e depressão em 39 crianças com idade entre 7 e 9 anos, estudantes de escolas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os instrumentos utilizados para avaliação dos efeitos foram: SSRS (versão pais e versão crianças), ERC, SCARED e CDI.

Os resultados da escala SSRS, versão pais e crianças, apontam que as crianças do GE aprimoraram competências sociais, que são consideradas influentes nas relações sociais e reduziram significativamente os níveis de problemas de comportamento. Esses dados vão ao encontro de outros estudos de programas de intervenção que trabalham com desenvolvimento socioemocional e também apresentam evidências de aumento de comportamentos positivos e diminuição de problemas nos relacionamentos interpessoais (Ahlen, Breithaltz, Barrett & Gallegos, 2012; Anticich, Barrett, Silverm, Lacherez & Gillies, 2013).

O protocolo TRI-P busca desenvolver competências sociais e, conseqüentemente, reduzir comportamentos problemáticos através de atividades que envolvem dramatizações de

comportamentos assertivos, treino de empatia e respeito entre pares. Além disso, o trabalho de resolução de problemas em grupo e reflexões de atitudes para alcançar o bem-estar visam a regulação e o aumento de comportamentos pró-sociais (Caminha et al., 2017). Dessa forma, os resultados da SSRS podem sugerir que o TRI-P, ao trabalhar com o desenvolvimento de habilidades sociais, mostrou-se eficaz para o aumento da média com tamanho de efeito grande e médio, na subescala habilidades sociais versão pais e crianças, respectivamente, e efeito médio na redução dos níveis de problemas de comportamento.

Pode-se pensar que o aumento estatisticamente significativo das habilidades sociais do GE pode estar relacionado a uma elevação no repertório comportamental que pode ter auxiliado no aperfeiçoamento das habilidades sociais, de resolução de problemas e na regulação de comportamentos. Isso pode ter acarretado em relacionamentos sociais mais positivos entre os pares e diminuição dos problemas de comportamento.

No GC, o aumento da média de habilidades sociais e a redução de problemas de comportamento, na avaliação dos pais, não foram significativos. Foi evidenciado diferença significativa entre os grupos na média de habilidades sociais antes e após a intervenção no autorrelato das crianças. Os participantes do GE iniciaram com níveis menores de habilidades sociais e, ao final da intervenção, apresentaram aumento. Já o GC iniciou com nível elevado de habilidades sociais e houve uma redução. Isso pode denotar que as crianças não submetidas à intervenção percebem-se com escassez de recursos frente aos problemas de relacionamentos interpessoais. A percepção da criança sobre os próprios comportamentos problemáticos e a capacidade de resolução de problemas pode relacionar-se a autopercepção (Stopa, Barrett & Golingi, 2010). Assim, a avaliação negativa das crianças do GC no que diz respeito às habilidades sociais, na avaliação pós, pode revelar a percepção de pobre repertório de comportamentos e estratégias saudáveis nas relações com os pares. Esse resultado reforça que as crianças que participaram da intervenção podem ter desenvolvido maiores recursos comportamentais quando comparadas às do GC.

Sabe-se que habilidades sociais são consideradas fatores de proteção para saúde mental e a presença de problemas de comportamento são fatores de risco para uma série de psicopatologias (Batista & Marturano, 2015). Nesse sentido, pode-se pensar que o aumento de competências sociais e a redução de comportamentos problemáticos pode estar indicando que o TRI-P auxilia na promoção de saúde mental das crianças.

O protocolo TRI-P centra-se no modelo de regulação emocional desenvolvido por Caminha e Caminha (2011) que visa aumentar a consciência dos estados emocionais e auxiliar na adequação de respostas emocionais. Nesse sentido, frente aos resultados

encontrados na escala ERC hipotetiza-se que as sessões de educação emocional podem ter sido fundamentais para o aumento significativo nos níveis de regulação emocional e diminuição de labilidade emocional das crianças do GE, com tamanho de efeito grande e médio, respectivamente. Assim, pode-se pensar que, diferentemente do GC, os encontros permitiram às crianças do GE maior conhecimento da ativação emocional e busca por manejos assertivos. Isso pode justificar a diferença significativa na avaliação final da subescala RE, em que o GE apresentou aumento na média, enquanto que o GC diminuiu os níveis de RE. Pode-se pensar que a intervenção permitiu às crianças do GE maior autoconhecimento e, assim, maior consciência do seu estado emocional em diversas situações, diferentemente das crianças do GC que não tiveram experiências de treino de regulação das emoções.

Esse resultado vai ao encontro de uma metanálise que observou que os programas que focam no desenvolvimento de habilidades socioemocionais tem efeito ligeiramente maior do que os programas que não trabalham essa temática. Ou seja, as crianças submetidas a programas de educação socioemocional tendem a se beneficiar com o aprimoramento dessas habilidades, se comparadas com crianças não submetidas a um programa ou submetidas a programas sem esse componente (Korpershoek, Harms, Boer, Kuijk & Doolard, 2014).

O trabalho de educação emocional no TRI-P envolve o reconhecimento das emoções e das crenças relacionadas, manejo de emoções desagradáveis, expressividade emocional, conhecimento dos gatilhos das emoções e respostas emocionais assertivas (Caminha et al., 2017). Sabe-se que o processo de compreensão emocional e regulação emocional está diretamente relacionado com a capacidade do indivíduo de experienciar e expressar emoções de maneira assertiva, influenciando positivamente no funcionamento interpessoal (Freire & Tavares, 2011; Vasco, 2013). Assim, pode-se inferir que o trabalho com regulação emocional influenciou no aumento de comportamentos positivos entre os pares, indicando maior habilidade social. Entretanto, embora ambas subescalas (RE e Habilidades Sociais) tenham aumentado a média na avaliação pós, ao realizar análises de correlação entre essas variáveis, observou-se que não houve correlação positiva entre as variações dos escores.

Realizou-se também o cálculo de correlação entre as variáveis problemas de comportamento e labilidade emocional, encontrando correlação positiva e significativa entre L/N e problemas de comportamento tanto na avaliação pré ( $r=0,654$ ;  $p=0,001$ ) quanto na pós ( $r=0,631$   $p=0,002$ ). Uma pesquisa que utilizou a subescala L/N também apresentou correlações positivas com medidas de comportamentos problemáticos (Reis et al. 2016). Frente a isso, percebe-se que, nesse estudo, a redução da subescala problemas de

comportamento está relacionada à diminuição nos níveis de labilidade emocional.

Os resultados das escalas SSRS e ERC, no GE, apontaram para o aumento de habilidades socioemocionais dos participantes. Pesquisas que avaliaram programas que trabalham educação socioemocional em escolas apontam melhora do desempenho acadêmico, aumento de reconhecimento das emoções, comportamento social positivo e capacidade de resolução de problemas, redução de problemas de conduta e do sofrimento emocional das crianças submetidas às intervenções (Durlak, Dymnicki, Taylor, Weissberg, & Schellinger, 2011; Sklad, Diekstra, Ritter, Ben & Gravesteyn, 2012; Nix et al., 2016). Nessa pesquisa não foi possível avaliar o desempenho cognitivo das crianças, porém pode-se pensar se o aumento dos níveis de regulação emocional e habilidades sociais e a redução em problemas de comportamento estariam associados com maior desempenho acadêmico das crianças após o TRI-P.

A presença de competências socioemocionais são descritas na literatura como importantes para o aumento de comportamentos assertivos e redução de comportamentos problemáticos, sendo vistas como fatores de proteção que influenciam positivamente no desenvolvimento a longo prazo das crianças (Botvin & Griffin, 2015; Domitrovich et al., 2017; CASEL 2015). Nessa perspectiva, o TRI-P foi elaborado para que, ao trabalhar o incremento de habilidades sociais e técnicas de regulação emocional, haja prevenção de transtornos de ansiedade e depressão na infância (Caminha et al., 2015).

O TRI-P não visa identificar ou tratar transtornos mentais em crianças ou adolescentes. O foco é no trabalho de prevenção e promoção de saúde mental, desenvolvendo regulação e validação das emoções para auxiliar a criança no enfrentamento de situações estressantes de modo mais saudável, prevenindo, assim, o surgimento ou evolução de sintomatologias. Nesse sentido, pode-se supor que o trabalho visando o desenvolvimento de habilidades socioemocionais auxiliou para o efeito de tamanho grande na redução nos níveis de ansiedade e depressão das crianças do GE, de acordo com os resultados das escalas SCARED e CDI.

Apesar das crianças do GE terem iniciado com níveis mais elevados de sintomas de ansiedade, percebe-se que houve redução da sintomatologia, se compararmos com os resultados do GC, em que houve aumento das médias. Hipotetiza-se que a estrutura do programa, auxiliou na psicoeducação do modelo cognitivo que envolve o trabalho com emoções, pensamentos e comportamentos e isso pode ter contribuído para a redução da sintomatologia no GE. Além disso, as dificuldades no funcionamento pessoal e interpessoal relacionadas aos sintomas de depressão e ansiedade foram trabalhadas no TRI-P a partir da

abertura de um espaço para verbalizarem seus sentimentos e dificuldades. No grupo, as crianças identificaram suas emoções, aprenderam a expressá-las de maneira assertiva e foram capacitadas à resolver problemas de modo eficaz e em conjunto.

De acordo com a literatura, as habilidades socioemocionais envolvem reconhecimento e manejo de emoções, exercícios de resolução de problemas e tomada de decisão, manejo de situações desagradáveis e treino de comportamentos assertivos (Figueredo & Torres, 2016; Abreu et al., 2015). É possível sugerir que as habilidades socioemocionais desenvolvidas pelo TRI-P apresentaram um efeito positivo nas crianças submetidas ao programa, ao reduzir os níveis de sintomatologia e desenvolver estratégias de proteção contra desfechos negativos na infância. Assim, a partir de um trabalho lúdico o TRI-P buscou desenvolver habilidades socioemocionais, que são consideradas fatores de proteção. Assim, pode-se inferir que o TRI-P agiu promovendo saúde mental e, conseqüentemente, um desenvolvimento saudável das crianças.

### 3.2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa demonstraram aumento das competências socioemocionais dos participantes, redução de problemas de comportamento e labilidade do humor. Além disso, houve diminuição dos níveis da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Apesar de resultados satisfatórios, essa pesquisa apresenta algumas limitações. Destaca-se que esse resultado diz respeito à amostra em questão e, por isso, não podem ser generalizados para todas as crianças. Além disso, esse estudo não incluiu avaliação de acompanhamento a longo prazo. Sugere-se que novos estudos com métodos experimentais e randomizados sejam realizados com medidas de *follow-up* para avaliar a eficácia e manutenção dos ganhos da intervenção.

A partir dos resultados, observa-se que essa pesquisa apresenta resultados satisfatórios no ganho de habilidades sociais e emocionais e diminuição de sintomatologia. Assim, o TRI-P pode ser visto como uma proposta eficaz de prevenção de problemas emocionais de comportamento das crianças no ambiente escolar.

### REFERÊNCIAS

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54-74). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.

- Ahlen, J., Breithaltz, E., Barrett, P. M., & Galegos, J. (2012). School based prevention of anxiety and depression a piloto study in sweden. *Advances in school mental health promotion*, 5(4), 246 -257. doi 10.1080/1754730X.2012.730352
- Anticich, S. A., Barrett, P. M., Silverm, W., Lacherez, P., & Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in school mental health promotion*, 6(2), 93-121. doi 10.1080/1754730X.2013.784616
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2018). *Critério de Classificação econômica Brasil* (CCEB).
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 271-282. doi 10.1590/S0102-37722009000200016
- Barbosa, G. A., Gaião e Barbosa, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279193421\\_Transtorno\\_de\\_ansiedade\\_na\\_infancia\\_e\\_adolescencia\\_um\\_estudo\\_de\\_prevalencia\\_e\\_validacao\\_d\\_e\\_um\\_instrumento\\_SCARED\\_de\\_triagem](https://www.researchgate.net/publication/279193421_Transtorno_de_ansiedade_na_infancia_e_adolescencia_um_estudo_de_prevalencia_e_validacao_d_e_um_instrumento_SCARED_de_triagem)
- Batista, S. V., & Marturano, E. M. (2015). Intervenção para promover habilidades sociais e reduzir problemas de comportamento de crianças em núcleo social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 313-326. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200009&lng=pt&tlng=pt).
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(3), 226-236. doi 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. doi: 10.1097/00004583-199704000-00018
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2015). Treinamento de habilidades para a vida. In S. G.

- Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 405-418). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clinic* (4. ed). Porto Alegre, RS: Sinopsys.
- Caminha, M. G., Caminha, R. M., & Justo, A. R. (2015). Trabalho de Reciclagem Infantil - Preventivo (TRI-P): Aplicação em grupo de escolares. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 88-101). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Duarte, V. (2017). Programa TRI Preventivo de educação socioemocional. In J. M., Alves, (Org.), *Abordagens Cognitivo-comportamentais no contexto escolar* (pp. 164-178). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collaborative for Social and Emotional Learning. (2015). *CASEL guide: Effective Social and emotional learning programs*. Recuperado de: <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 167-206). Campinas: Alínea.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Domitrovich C. E., Durlak J. A., Staley K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 88(2), 408-416. doi 10.1111/cdev.12739
- Durlak J. A., Dymnicki A. B., Taylor R. D., Weissberg, R. P., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: A meta-analysis of

- school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Figueredo, L. Z., & Torres, L. (2016). Desenvolvimento de habilidades Socioemocionais na escola e a experiência bem-sucedida do método Friends: quando as neurociências e a educação se encontram pelo caminho da psicologia positiva. In M. Barr. *Neurociências e Educação na Primeira Infância: progressos e obstáculos* (pp. 92-108) Brasília: Senado Federal. Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). A influência da auto estima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. doi 10.1590/S0101-60832011000500003
- Girolamo G., Dagani J., Purcell R., Cocchi A., & McGorry P. D., (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(1), 47-57 doi 10.1017/S2045796011000 746
- Gouveia,V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279192324\\_Inventario\\_de\\_depressao\\_infantil\\_-\\_CDI\\_Estudo\\_de\\_adaptacao\\_com\\_escolares\\_de\\_Joao\\_Pessoa](https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa)
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social skills rating system: Manual*. USA: American Guidance Service
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Warner, C. M. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 655-668. doi 10.1016/j.chc.2012.05.006
- Iizuka, C. A. & Barrett, P. M. (2011) Programa *FRIENDS* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In C. Petersen, & R. Wainer (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp.264-285). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748. doi 10.1016/j.janxdis.2011.03.015
- Korpershoek, H., Harms, T., Boer, H., Kuijk, M. V., & Doolard, S. (2014). *Effective classroom management strategies and classroom management programs for*

*educational practice*. A meta-analysis of the effects of classroom management strategies and classroom management programs on students' academic, behavioural, emotional, and motivational outcomes. Rijksuniversiteit, Grote Rozenstraat: GION onderwijs/onderzoek:

- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Medeiros, R. B. V. (2015). *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Moharreri, F., & Yazdi, A. S. H. (2017). Evaluation of the Effectiveness of the Friends for Life Program on Children's Anxiety and Depression. *Iranian journal of psychiatry*, 12(4), 272-280. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816917/>
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8. doi 10.1590/S0102-79722007000100002
- Nardi, P. C., Ferreira, I. M. F., & Neufeld, C. B. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupo para crianças. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 36-51). Porto Alegre, RS: Artmed
- Nix, R. L., Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Gest, S. D., Welsh, J. A., & Domitrovich, C. E. (2016). The randomized controlled trial of head start REDI: Sustained effects on developmental trajectories of social-emotional functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 310–322. doi 10.1037/a0039937
- Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotional Regulation Checklist (ERC): Estudos preliminares de adaptação e validação para a cultura brasileira. *Trends in Psychology* 24(1), 77-96. doi 10.9788/TP2016.1-06
- Shields, A. M., & Cicchetti, D. (1995). *The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Indianapolis, IN, USA.
- Sklad M., Diekstra R., Ritter M., Ben, J., & Gravesteyn C. (2012). Effectiveness of school-

- based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools* 49(9). doi 10.1002/pits.21641
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Uma abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos* 11(1), 37-44. doi 10.25752/psi.3324
- Stallard, P., Taylor, G., Anderson, R., Daniels, H., Simpson, N., Phillips, R., & Skryabina, E. (2014). The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*, 15(1), 77. doi 10.1186/1745-6215-15-77
- Stopa, J. E., Barrett, P. M., & Golingi, F. (2010). The prevention of childhood anxiety in socioeconomically disadvantaged communities: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(4), 5-24. doi 10.1080/1754730X.2010.9715688
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372. doi 10.1590/0047-20850000000046
- Wathier, J. L., Dell`Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010)
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva: WHO

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de programas de prevenção na infância e adolescência apresenta importante relevância, haja vista a alta prevalência e as consequências das sintomatologia de Transtornos Mentais no público infanto-juvenil. Frente a esse dado, pesquisas com o objetivo de fornecer resultados empíricos a partir da utilização de programas preventivos tornam-se necessária. A prática baseada em evidência e alicerçada teoricamente e empiricamente poderá levar a execução de programas eficazes e, consequentemente, beneficiar o público alvo.

Na presente dissertação, foram apresentados os estudos da aplicação da Terapia de Regulação Infantil Preventiva (TRI-P) no ambiente escolar. Na seção teórica apresenta-se o relato de experiência, que expõe qualitativamente o processo de execução do TRI-P, assim como a descrição detalhada dos encontros.

O estudo empírico I, realizado com o grupo piloto, foi a primeira pesquisa realizada com o TRI-P no Brasil. A experiência e os resultados desse estudo geraram reflexões e foram norteadores para realizar ajustes e executar o estudo empírico II. Percebeu-se que foi necessário reduzir o número dos participantes, retirar alguns instrumentos e acrescentar outros, realizar um encontro com os responsáveis antes da intervenção e ajustar algumas atividades para maior aprendizado e participação das crianças.

No estudo empírico II trabalhou-se com crianças de escolas públicas e privadas, com um número reduzido de participantes e realizou-se encontro presencial com a maior parte dos responsáveis. Além disso, acrescentou-se a avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva. As análises estatísticas do estudo empírico II se mostram significativas para a redução de problemas de comportamento e labilidade emocional, assim como nos escores de sintomatologia dos Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo e aumento nos níveis de regulação emocional e habilidades sociais no grupo submetido à intervenção com a TRI-P.

O TRI-P apresentou efeitos significativos no aumento de competências socioemocionais, que são consideradas fatores de proteção para o não desenvolvimento de transtornos mentais, reitetando o foco de prevenção e promoção de saúde. Os resultados dos três estudos apresentam resultados satisfatórios e reforçam que a intervenção com a TRI-P mostrou-se válida para as amostras estudadas.

Enquanto limitações, destaca-se, primeiramente, o número da amostra. A pesquisa foi ofertada em várias escolas, entretanto por questões de acesso e comunicação com as escolas, organização e disposição em ajustar as atividades escolares, interesse e disponibilidade dos pais e pouco tempo de coleta de dados foi possível realizar a aplicação do TRI-P em apenas

três escolas. Ressalta-se que os resultados apontam para a possibilidade do TRI-P auxiliar no desenvolvimento de competências socioemocionais, contudo, os resultados desse estudo dizem respeito às amostras em questão e não podem ser generalizados. A segunda limitação diz respeito à avaliação pré e pós ser conduzida pela assistente dos grupos. A pesquisa foi realizada em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul e, por isso, não houve possibilidade de uma terceira pessoa se deslocar e realizar as avaliações. Outra limitação diz respeito ao não acompanhamento de *follow up* e, por isso, não avaliou-se a manutenção dos ganhos.

Este trabalho possibilitou avaliar empiricamente a TRI-P, contribuindo para a prática baseada em evidências dos profissionais da saúde e educação. Além disso, a comunidade científica recebe uma possibilidade de intervenção no ambiente escolar para desenvolver competências socioemocionais, prevenindo problemas de comportamento e, consequentemente, promovendo a saúde mental de crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Abed, A. L. Z. (2016). O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. *Construção psicopedagógica*, 24 (25), 8-27. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141569542016000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542016000100002&lng=pt&tlng=pt).
- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54-74). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Ahlen, J., Breithaltz, E., Barrett, P. M., & Galegos, J. (2012). School based prevention of anxiety and depression a piloto study in sweden. *Advances in school mental health promotion*, 5(4), 246 -257. doi 10.1080/1754730X.2012.730352
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes. R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4), 779-788. doi 10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x
- Anticich, S. A., Barrett, P. M., Silverm, W., Lacherez, P., & Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in school mental health promotion*, 6(2), 93-121. doi 10.1080/1754730X.2013.784616
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2018). *Critério de Classificação econômica Brasil (CCEB)*.
- Autuori, M. (2018). *Encontros e Desencontros no Processo de Encaminhamento Psicológico Infantil*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 271-282. doi 10.1590/S0102-37722009000200016
- Barbosa, G. A., Gaião e Barbosa, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/279193421\\_Transtorno\\_de\\_ansiedade\\_na\\_infancia\\_e\\_adolescencia\\_um\\_estudo\\_de\\_prevalencia\\_e\\_validacao\\_de\\_um\\_instrumento\\_SCARED\\_de\\_triagem](https://www.researchgate.net/publication/279193421_Transtorno_de_ansiedade_na_infancia_e_adolescencia_um_estudo_de_prevalencia_e_validacao_de_um_instrumento_SCARED_de_triagem)

- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H, & Turner, C. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*, Bowen Hills, Australia: Australian Academy Press.
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the fun FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(4), 231-242. doi 10.1017/bec.2015.12
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13 (835), 1-19. doi 10.1186/1471-2458-13-835
- Batista, S. V., & Marturano, E. M. (2015). Intervenção para promover habilidades sociais e reduzir problemas de comportamento de crianças em núcleo social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(2), 313-326. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200009&lng=pt&tlng=pt).
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. doi 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(3), 226-236. doi 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo Comportamental em Grupos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Biggs, A., Brough, P., & Barbour, J. P. (2014). Enhancing work-related attitudes and work engagement: A quasi-experimental study of the impact of an organizational intervention. *International Journal of Stress Management* 21(1), 43-68. doi 10.1037/a0034508
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. doi 10.1097/00004583-199704000-00018
- Bloodworth, M. R., Walberg, H. J., & Weissberg, R. P. (2104). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of Educational and Psychological Consultation* 17(2-3), 191-210. doi 10.1080/10474410701413145
- Bolsoni-Silva A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: Associações com habilidades sociais, praticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressao maternal. *Psico* 47(2), 11-120. doi 10.15448/1980-8623.2016.2.20806
- Bonfanti, 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* (pp. 215-253). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 15-29. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942011000100004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100004&lng=pt)
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2015). Treinamento de habilidades para a vida. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack. *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 405-418). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2012). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – aportes teóricos*. São Paulo, RS: Casa do Psicólogo.
- Caminha, R. M. (2019). *Darwin para psicoerapeutas: socialização, emoções, empatia e psicoterapia*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos Comportamentos: efeito bumerangue*. Porto Alegre, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos Pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência*. Porto Alegre, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clinic* (4. ed). Porto Alegre, RS: Sinopsys

- Caminha, R. M., & Caminha, M.G. (2007). Princípios da psicoterapia cognitiva na infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha. *A prática cognitiva na infância*. (pp. 57-70) São Paulo, SP: Roca.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2015). *TRI Preventivo – Trabalho de Reciclagem Infantil: Promovendo inteligência emocional e social*. Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Duarte, V. (2017). Programa TRI Preventivo de educação socioemocional. In J. M. Alves (Org.). *Abordagens Cognitivo-comportamentais no contexto escolar* (pp. 164-178). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Caminha, M. G., Caminha, R. M., & Justo, A. R. (2015). Trabalho de Reciclagem Infantil - Preventivo (TRI-P): Aplicação em grupo de escolares. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 88-101). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 399-413). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., Fontenelle, I. D. S., & Soares, T. (2011). O modelo cognitivo aplicado à infância. In B. Rangé (Cols.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 633-653). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 829-840. doi 10.1590/1413-81232014193.00442013
- Cia, F., & Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estud. psicol. (Campinas)* 26(1), 45-55. doi 10.1590/S0103-166X2009000100005.
- Clarke, A. M., Morreale, S., Field, C. A., Hussein, Y., & Barry, M. M. (2015). *What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK*. W H O Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.

- Coelho, V. A., Marchante, M., Sousa, V., & Romão, A. M. (2016). Programas de intervenção para o desenvolvimento de competências socioemocionais em idade escolar: Uma revisão crítica dos enquadramentos SEL e SEAL. *Análise Psicológica*, 34(1), 61-72. doi 10.14417/ap.966
- Cohen J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collaborative for Social and Emotional Learning. (2015). *CASEL guide: Effective Social and emotional learning programs*. Recuperado de: <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondary-guide.pdf>
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., & Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(7), 791-799. doi 10.1111/jcpp.12062
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. doi 10.1016/j.jaac.2013.09.017
- Corcoran, R. P., Cheung, A., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56-72. doi 10.1016/j.edurev.2017.12.001
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Daolio, C. C., Elias, L. C. S., & Neufeld, C. B. (2016). Aplicação da abordagem cognitivo comportamental em escolas. In C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé. *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 85-122). Porto Alegre, RS: Artmed
- 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. doi 10.1016/j.jsp.2011.09.003
- Davis, D. W., Logsdon, M. C., Jones, F., Dempster, R., Ryan, L., & Rowland, M. (2015). First we have to engage them: A mixed methods assessment of low-income parents'

- preferences for and barriers to receiving child health promotion information. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(6), 501-508. doi 10.1016/j.pedhc.2015.03.001
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 38-49. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v1n2/v1n2a04.pdf>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 167-206). Campinas: Alínea.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Oliveira, L. A., Gresham, F. M., & Vance, M. J. (2012). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International Journal*, 2, 1-16. Doi 10.1177/0020715211430373
- Deluca, V., Antoniutti, C. B. P., Boff, N., Landerberger, T., Argimon, I. I. L., & Oliveira, M. S. (2018). A presença de sintomas psicopatológicos em crianças e responsáveis que procuram psicoterapia infantil. *Aletheia* 51(1-2), 68-79. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4905/3259>
- Domitrovich C. E., Durlak J. A., Staley K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 88(2), 408-416. doi 10.1111/cdev.12739
- Durlak J. A., Dymnicki A. B., Taylor R. D., Weissberg, R. P., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2011). Universal prevention of anxiety and depression in a recreational camp setting: an initial open trial. *Child Youth Care Forum*, 40, 435-455. doi 10.1007/s10566-011-9148-4
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical child and family psychology review*, 14(4), 329-376. doi 10.1007/s10567-011-0101-8

- Fava, D. (Org) (2016). *A Prática da Psicologia na Escola: Introduzindo a Abordagem Cognitivo-Comportamental*. Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Fava, D. C., & Martins, R. (2016). Contribuições da abordagem cognitivo-comportamental para a atuação do psicólogo e professor nas escolas. In D. C. Fava. *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 15-44). Belo Horizonte, MG: Artesã
- Fernandes, L. F. B., Alckmin-Carvalho, F., Izibicki, S., & Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. doi 10.15348/1980-6906
- Figueredo, L. Z., & Torres, L. (2016). Desenvolvimento de habilidades Socioemocionais na escola e a experiência bem-sucedida do método Friends: quando as neurociências e a educação se encontram pelo caminho da psicologia positiva. In M. Barr. *Neurociências e Educação na Primeira Infância: progressos e obstáculos* (pp. 92-108) Brasília: Senado Federal. Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz.
- Flannery-Schroeder, E.C., & Kendall, P.C. (2000) Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatments for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251–278. doi 10.1023/A:1005500219286
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). A influência da auto estima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188. doi 10.1590/S0101-60832011000500003
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2019). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gilbert, K. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 467-481. doi 10.1016/j.cpr.2012.05.005
- Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles.

- Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(1), 47-57 doi 10.1017/S2045796011000 746
- Golfeto, J. H. (2013). Epidemiologia em psiquiatria na infância e adolescência. In F. B. Assumpção & E. Kuczynski. *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Goodman, K. L., & Southam-Gerow, M. A. (2010). The regulating role of negative emotions in children's coping with peer rejection. *Child Psychiatry Hum Dev*, 41(5), 515-34. doi 10.1007/s10578-010-0185-2
- Gormes, V., & Stallard, P. (2017). Transtorno de Ansiedade Generalizada na Infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência* (pp. 293-309). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/279192324\\_Inventario\\_de\\_depressao\\_infantil\\_-\\_CDI\\_Estudo\\_de\\_adaptacao\\_com\\_escolares\\_de\\_Joao\\_Pessoa](https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa)
- Greenberg, M. T. (2010). School-based prevention: Current status and future challenges. *Effective Education*, 2, 27–52. doi 10.1080/19415531003616862
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social skills improvement system: Rating scales*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *Social skills rating system: Manual*. USA: American Guidance Service
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 134- 40. doi 10.1590/S1516-44462001000300005
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E., & Warner, C. M. (2012). School-based anxiety treatments for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 655-668. doi 10.1016/j.chc.2012.05.006
- Humphrey, N., Barlow, A., & Lendrum, A. (2018). Quality Matters: Implementation Moderates Student Outcomes in the PATHS Curriculum. *Prev Sci*, 19, 197-208. doi 10.1007/s11121-017-0802-4
- Humphrey, N., Barlow, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Pert, K., Joyce, C., Stephens, A., Wo, L., Squires, Woods, K., Calam, R., & Turner, A. (2016). A cluster randomized controlled trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) curriculum.

- Journal of School Psychology*, 58, 73-89. doi 10.1016/j.jsp.2016.07.002
- Iizuka, C. A. & Barrett, P. M. (2011) Programa *FRIENDS* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In C. Petersen, & R. Wainer (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp.264-285). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748. doi 10.1016/j.janxdis.2011.03.015
- Justo, A. R., Santos, A., & Andretta, I. (2017). Programas de prevenção na infância. In R. M. Caminha, M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 59-75). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100-110. doi 10.1037//0022-006x.62.1.100
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366-380. doi 10.1037//0022-006x.65.3.366
- Kendall, P. C., Stark, K. D., Martinsen, K., O'Neil, K. A., & Arora, P. (2013). *EMOTION: "Coping kids" managing anxiety and depression; groupleaders manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., & Omigbodun (2011). Child and Adolescent Mental Health Worldwide: evidence for action. *Global Mental Health* 378, 1515-1525. doi 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Korpershoek, H., Harms, T., Boer, H., Kuijk, M. V., & Doolard, S. (2014). *Effective classroom management strategies and classroom management programs for educational practice*. A meta-analysis of the effects of classroom management strategies and classroom management programs on students' academic, behavioural, emotional, and motivational outcomes. Rijksuniversiteit, Grote Rozenstraat: GION onderwijs/onderzoek:
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, PA: University of Pittsburgh, School of Medicine.

- Kusché, C. A., & Greenberg, M. T. (1994). *The PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) curriculum*. South Deerfield, MA: Channing-Bete.
- Lipnevich, A. A., & Roberts, R. D. (2012). Non cognitive skills in education: Emerging research and applications in a variety of international contexts. *Journal of Psychology and Education*, 2(2), 173-177. doi 10.1016/j.lindif.2011.11.016
- Marin, A. H., & Fava, D. C. (2016). Programas de intervenção no contexto escolar: revisão da literatura científica. In D. C. Fava (Ed), *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 325-350). Belo Horizonte, MG: Artesã
- Marin, A. H., Silva, C. T., Andrade, E. I. D., Bernardes, J., & Fava, D. C. (2017). Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 92-103. doi 10.5935/1808-5687.20170014
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and Feasibility of the Transdiagnostic Emotion Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13. doi 10.1016/j.cbpra.2014.06.005
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544-554. doi 10.1016/j.brat.2011.06.003
- Medeiros, R. B. V. (2015). *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Moharreri, F., & Yazdi, A. S. H. (2017). Evaluation of the Effectiveness of the Friends for Life Program on Children's Anxiety and Depression. *Iranian journal of psychiatry*, 12(4), 272-280. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816917/>
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8. doi 10.1590/S0102-79722007000100002
- Murta, S. G., & Barletta, J. B. (2015). Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em terapia cognitivo-comportamental. *PROCOGNITIVA Programa de*

- Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 1/volume 4.* Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana.
- Nardi, P. C., Ferreira, I. M. F., & Neufeld, C. B. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupo para crianças. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 36-51). Porto Alegre, RS: Artmed
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções com grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In B. Range (Eds). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.* (2ª ed.). (pp. 737-750) Porto Alegre: Artmed.
- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., & Longhini, L. Z (2015). Desafios da terapia cognitivo comportamental em grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 17-34). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Neufeld, C. B., Ferreira, I. M. F., & Maltoni, J. (2016). Grupos para crianças e adolescentes em contexto escolar. In D. C. Fava (Org.) *A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental* (pp. 255-287). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Neufeld C. B., Peron S., Maltoni J., & Ferreira, I. M. F. (2017). Intervenções em grupos com crianças e adolescentes In R. M. Caminha & M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência.* (pp.735-750) Novo Hamburgo, RS: Sinopsys
- Nix, R. L., Bierman, K. L., Heinrichs, B. S., Gest, S. D., Welsh, J. A., & Domitrovich, C. E. (2016). The randomized controlled trial of head start REDI: Sustained effects on developmental trajectories of social-emotional functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 310–322. doi 10.1037/a0039937
- Novak, M., Mihić, J., Bašić, J., & Nix, R. L. (2017). PATHS in Croatia: A school-based randomised-controlled trial of a social and emotional learning curriculum. *International Journal of Psychology*, 52(2), 87-95. doi 10.1002/ijop.1226
- Palma, P. C., & Neufeld, C. B. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em grupo de socioeducadores: Um relato de experiência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1),55-61.
- Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1808-56872011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872011000100010&lng=pt&nrm=iso)

- Paternostro, J., Sullivan, P. J., Behar, S. M., Berlyant, M.J., & Friedberg, R. D. (2015). Terapia cognitivo-comportamental em grupos em escolas. In C. B. Neufeld (Org). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 73-87). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Paula, C. S, Duarte, C. S, & Bordin, I. A (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria*. 29(1), 11-7. doi 10.1590/S1516-44462006005000012
- Pavoski, G. T. T., Toni, C. G. S., Batista, A. P., Ignachewski, C. L. (2018). Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método *Friends*. *Psico*, 49(2). 148-158. doi 10.15448/1980-8623.2018.2.26501
- Petersen, C. S., & Wainer, R. (2011). Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In C. S. Petersen & R. Wainer. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 16-31) Porto Alegre, RS: Artmed
- Petersen, C. S., Bunge, E., Mandil, J., & Gomar, M. (2011). Terapia Congitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In C. Petersen & R. Wainer. *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 232-255). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi 10.1111/jcpp.12381
- Pureza, J. R., Ribeiro, A. O., Pureza, J. R., & Lisboa, C. S. M. (2014). Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes. *RBPsicoterapia (Online)* 16(1), 85-103. Recuperado de: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=144](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=144)
- Reddy, L. A. (2012) *Group play interventions for children: strategies for teaching prosocial skills*. Washigton: American psycjological association
- Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotional Regulation Checklist (ERC): Estudos preliminares de adaptação e validação para a cultura brasileira. *Trends in Psychology* 24(1), 77-96. doi 10.9788/TP2016.1-06

- Roberts R. E., Roberts C. R., & Xing Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal Psychiatr Res.* 41(11), 959-67. doi 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627. doi 10.1080/08870440290025812
- Shields, A. M., & Cicchetti, D. (1995). *The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Indianapolis, IN, USA.
- Sklad M., Diekstra R., Ritter M., Ben, J., & Gravesteyn C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools* 49(9). doi 10.1002/pits.21641
- Spiegel, M. R. (2006). Estatística. 3 ed. São Paulo, SP: Pearson.
- Stallard, P. (2007). O processo socrático e o raciocínio indutivo. In P. Stallard. *Guia do terapeuta para bons pensamentos - bons sentimentos: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes* (pp. 67-85). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Stallard, P., Taylor, G., Anderson, R., Daniels, H., Simpson, N., Phillips, R., & Skryabina, E. (2014). The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*, 15(1), 77. doi 10.1186/1745-6215-15-77
- Stopa, J. E., Barrett, P. M., & Golingi, F. (2010). The prevention of childhood anxiety in socioeconomically disadvantaged communities: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(4), 5-24. doi 10.1080/1754730X.2010.9715688
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M.L., Morelen, D., Thomassion, K. & Whitehead, M.M (2008) Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *J Abnorm Child Psychol* 46, 569–580. doi 10.1007/s10802-017-0319-0

- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372. doi 10.1590/0047-20850000000046
- Vasco, A.B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Uma abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos* 11(1), 37-44. doi 10.25752/psi.3324
- Wathier, J. L., Dell`Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010)
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3, 5–17. doi 10.1080/1754730X.2010.9715670
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Promoção da saúde mental e prevenção de problemas nas escolas: O que a evidência diz? *Promoção da Saúde Internacional*, 26 (supl 1), i29 - i69 doi: 10.1093/heapro/dar075
- White, L. S. (2012). Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), p.45(12). doi 10.1016/j.pedhc.2011.01.002
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary Report*. Geneva: WHO
- World Health Report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5. doi 10.3389/fpsyg.2014.00603
- Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H. J. (Eds.). (2004). *Building school success through social and emotional learning*. New York: Teachers College Press.

**ANEXOS**

## Anexo A – Ficha de dados sócio-demográficos

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1 – Nome Completo da criança: \_\_\_\_\_

2 – Data da avaliação: \_\_\_\_\_ 3 – Entrevistador: \_\_\_\_\_

4 – Nome do responsável: \_\_\_\_\_ 5- Parentesco: ☐ mãe  
☐ pai  
☐ avô(ó)  
☐ tio(a)  
☐ Outro: \_\_\_\_\_

6 – Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

7 – Fone Residencial: \_\_\_\_\_ 8 – Fone Celular: \_\_\_\_\_

09 – Fone do Trabalho: \_\_\_\_\_

10 – Data de Nascimento da criança: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 11 – Idade: \_\_\_\_\_ 12 – Sexo: ☐ M ☐ F

13 – Escolaridade da criança: \_\_\_\_\_

14 – Escola: Pública ☐ Particular ☐

15 – Nome mãe: \_\_\_\_\_ 16 – Idade mãe: \_\_\_\_\_

17 – Ocupação mãe:

☐ Emprego com carteira assinada

☐ Emprego sem carteira assinada

☐ Autônoma

☐ Sem atividade remunerada

☐ Dona de casa

☐ Aposentada

☐ Funcionária Pública

18 – Escolaridade mãe:

☐ Ensino Fundamental Completo ou Incompleto

☐ Ensino Médio Incompleto

☐ Ensino Médio Completo

☐ Ensino Superior Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

☐ Pós-Graduação

☐ Mestrado

☐ Doutorado

19 - Estado civil atual mãe:

( ) Solteira ( ) Casada ou com companheiro(a) ( ) Separada ou divorciada ( ) Viúva

20- Nome pai: \_\_\_\_\_ 21 - Idade pai: \_\_\_\_\_

22 - Ocupação pai:

( ) Emprego com carteira assinada

( ) Emprego sem carteira assinada

( ) Autônomo

( ) Sem atividade remunerada

( ) Dono de casa

( ) Aposentado

( ) Funcionário Público

23 - Escolaridade pai:

( ) Ensino Fundamental Completo ou Incompleto

( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós-Graduação

( ) Mestrado

( ) Doutorado

24 - Estado civil atual pai:

( ) Solteiro ( ) Casado ou com companheiro(a) ( ) Separado ou divorciado ( ) Viúvo

25 - Os pais são casados? ( ) Sim ( ) Não 26 - Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

25 - Os pais são separados? ( ) Sim ( ) Não 26 - Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

27 - Há disputa de guarda? ( ) Sim ( ) Não

28 - Número de irmãos: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais de 3

29 - Quem vive com a criança? ( ) Pais ou cuidadores ( ) Outros familiares ( ) Outro

30 - A gestação foi planejada? ( ) Sim ( ) Não

31 - Ocorreram intercorrências durante a gestação do paciente? ( ) Sim ( ) Não

32 - Se sim, qual? \_\_\_\_\_

33 – Uso de medicações, drogas e/ou álcool durante a gravidez: ( ) Sim ( ) Não

34 – Se sim, qual? \_\_\_\_\_

35 – Complicações (emocionais, psicológicas, físicas durante a gravidez e no período Perinatal: ( ) Sim  
( ) Não

36 – Sem sim, qual:

\_\_\_\_\_

37 – O período da gestação durou quantas semanas? \_\_\_\_\_ (ou meses: \_\_\_\_\_)

38 – O parto foi normal: ( ) Sim ( ) Não

39 – Foi cesariana: ( ) Sim ( ) Não

40 – Usou fórceps: ( ) Sim ( ) Não

41 – Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

42 – Desenvolvimento psicomotor dentro dos limites normais: ( ) Sim ( ) Não

43 – Se não, explique:

\_\_\_\_\_

44 – Hospitalizações? ( ) Sim ( ) Não

Explique: \_\_\_\_\_

45 – Com que idade a criança entrou na escola? \_\_\_\_\_ anos

46 – Fez pré-escola? ( ) Sim ( ) Não

47 – A criança tem ou teve problemas para aprender a ler e escrever? ( ) Sim ( ) Não

48 – A criança repetiu alguma série? ( ) Sim ( ) Não 49 – Quais? \_\_\_\_\_

50 – Como você classifica o desempenho escolar do avaliado (a)? Dê uma nota de 0 a 10: \_\_\_\_\_

51 – Apresenta alguma dificuldade de aprendizagem? ( ) Sim ( ) Não

52 – Se sim, em qual ou quais área(s)? ( ) Leitura/Escrita ( ) Matemática ( ) Outra \_\_\_\_\_

53 – Tem problemas de sono ou para dormir? ( ) Sim ( ) Não 54 – Que tipo? \_\_\_\_\_

55 – Com quem/onde a criança dorme? Desde quando? \_\_\_\_\_

56 – A criança faz acompanhamento psicoterápico: ( ) Sim ( ) Não

57. A criança faz alguma atividade extra classe? ( ) Sim ( ) Não 58. Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Histórico de Uso de Medicação:**

59 – A criança toma alguma medicação hoje em dia? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sabe

60 – Nome medicações:

60.1 Medicação: \_\_\_\_\_

Dosagem \_\_\_\_\_

60.2 Medicação: \_\_\_\_\_

Dosagem \_\_\_\_\_

**História familiar de problemas clínicos e psiquiátricos:**

61 – Há histórico de alguma doença psiquiátrica na família? ( ) Sim ( ) Não

62 – Quem?

Parentesco:

Sintomas/Diagnóstico

62.1 - \_\_\_\_\_ 62.2 - \_\_\_\_\_

63.1 - \_\_\_\_\_ 63.2 - \_\_\_\_\_

64.1 - \_\_\_\_\_ 64.2 - \_\_\_\_\_

---

## Anexo B - Critério de Classificação Econômica Brasil

Assinale com um “X” na quantidade referente à cada item que se aplica no seu caso.

| QUANTIDADE                                                                                                                             |               |   |   |   |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|---|---|--------|
|                                                                                                                                        | NÃO<br>POSSUI | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular                                                                 |               |   |   |   |        |
| Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana                            |               |   |   |   |        |
| Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho                                                                             |               |   |   |   |        |
| Quantidade de banheiros                                                                                                                |               |   |   |   |        |
| DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD                                                                                       |               |   |   |   |        |
| Quantidade de geladeiras                                                                                                               |               |   |   |   |        |
| Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex                                                                      |               |   |   |   |        |
| Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones |               |   |   |   |        |
| Quantidade de lavadora de louças                                                                                                       |               |   |   |   |        |
| Quantidade de fornos de micro-ondas                                                                                                    |               |   |   |   |        |
| Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional                                             |               |   |   |   |        |
| Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca                                                                   |               |   |   |   |        |

| Escolaridade da pessoa de referência - Considere como pessoa de referência aquela que contribui com a maior parte da renda do domicílio |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Analfabeto / Fundamental incompleto                                                                                                     |  |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto                                                                                      |  |
| Fundamental II completo / Médio incompleto                                                                                              |  |
| Médio completo / superior incompleto                                                                                                    |  |
| Superior completo                                                                                                                       |  |

| Serviços Públicos |     |     |
|-------------------|-----|-----|
|                   | Sim | Não |
| Água encanada     |     |     |
| Rua pavimentada   |     |     |

**Anexo C - Children's Depression Inventory (CDI)****CDI**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Por favor, responda os itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada.

Veja o seguinte exemplo:

- ( ) Eu sempre vou ao cinema
- ( ) Eu vou ao cinema de vez em quando
- ( ) Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa.

**Marque só uma alternativa em cada questão.** Nenhuma resposta é certa ou errada. Depende de como você se sente. Para responder, considere como você tem se sentido nas últimas duas semanas. Lembre-se que as respostas são confidenciais.

**Seja sincero(a) em suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.**

- 01- ( ) Eu fico triste de vez em quando  
( ) Eu fico triste muitas vezes  
( ) Eu estou sempre triste
- 02- ( ) Para mim, tudo se resolverá bem  
( ) Eu não tenho certeza de que as coisas darão certo para mim  
( ) Nada vai dar certo para mim.
- 03- ( ) Eu faço bem a maioria das coisas  
( ) Eu faço errado a maioria das coisas  
( ) Eu faço tudo errado
- 04- ( ) Eu me divirto com muitas coisas  
( ) Eu me divirto com algumas coisas  
( ) Nada é divertido para mim
- 05- ( ) Eu sou mau (má) de vez em quando  
( ) Eu sou mau (má) com frequência  
( ) Eu sou sempre mau (má)
- 06- ( ) De vez em quando, eu penso que coisas ruins irão me acontecer  
( ) Eu temo que coisas ruins me aconteçam  
( ) Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 07- ( ) Eu gosto de mim mesmo  
( ) Eu não gosto muito de mim mesmo  
( ) Eu me odeio
- 08- ( ) Poucas vezes, eu me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem  
( ) Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa  
( ) Tudo de mau que acontece é por minha culpa

- 09-    ☐ Eu não penso em me matar  
      ☐ Eu penso em me matar \*  
      ☐ Eu quero me matar \*
- 10-    ☐ Eu sinto vontade de chorar de vez em quando  
      ☐ Eu sinto vontade de chorar freqüentemente  
      ☐ eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11-    ☐ Eu me sinto preocupado de vez em quando  
      ☐ Eu me sinto preocupado freqüentemente  
      ☐ Eu me sinto sempre preocupado
- 12-    ☐ Eu gosto de estar com as pessoas  
      ☐ Frequentemente, eu não gosto de estar com as pessoas  
      ☐ Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas
- 13-    ☐ Eu tomo decisões facilmente  
      ☐ É difícil para mim tomar decisões  
      ☐ Eu não consigo tomar decisões
- 14-    ☐ Eu tenho boa aparência  
      ☐ Minha aparência tem alguns aspectos negativos  
      ☐ Eu sou feio (feia)
- 15-    ☐ Fazer os deveres de casa não é grande problema para mim  
      ☐ Com freqüência, eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa  
      ☐ Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16-    ☐ Eu durmo bem à noite  
      ☐ Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites  
      ☐ Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17-    ☐ Eu me canso de vez em quando  
      ☐ Eu me canso freqüentemente  
      ☐ Eu estou sempre cansado
- 18-    ☐ Eu como bem  
      ☐ Alguns dias eu não tenho vontade de comer  
      ☐ Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19-    ☐ Eu não temo sentir dor, nem adoecer  
      ☐ Eu temo sentir dor e ficar doente  
      ☐ Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20-    ☐ Eu não me sinto sozinho(a)  
      ☐ Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes  
      ☐ Eu sempre me sinto sozinho(a)

- 21-    ☐ Eu me divirto na escola freqüentemente  
      ☐ Eu me divirto na escola de vez em quando  
      ☐ Eu nunca me divirto na escola
- 22-    ☐ Eu tenho muitos amigos  
      ☐ Eu tenho alguns amigos, mas gostaria de ter mais  
      ☐ Eu não tenho amigos
- 23-    ☐ Meus trabalhos escolares são bons  
      ☐ Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes  
      ☐ Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom (boa)
- 24-    ☐ Em geral, sou tão bom quanto outros adolescentes  
      ☐ Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outros adolescentes  
      ☐ Não posso ser tão bom quanto outros adolescentes
- 25-    ☐ Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém  
      ☐ Eu não tenho certeza se alguém me ama  
      ☐ Ninguém gosta de mim realmente
- 26-    ☐ Eu sempre faço o que me mandam  
      ☐ Eu não faço o que me mandam com freqüência  
      ☐ Eu nunca faço o que mandam
- 27-    ☐ Eu não me envolvo em brigas  
      ☐ Eu me envolvo em brigas com freqüência  
      ☐ Eu estou sempre me envolvendo em brigas
- !

## Anexo D – Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

### SCARED

Nome: \_\_\_\_\_

| <p>Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos <b>últimos 3 meses</b>.</p> <p>Circule <b>0</b> para o item que <b>nunca é verdadeiro</b> ou é <b>raramente</b> verdadeiro para você.<br/>           Circule <b>1</b> para o item que <b>algumas vezes</b> é verdadeiro para você.<br/>           Circule <b>2</b> para o item que é <b>bastante</b> ou <b>frequentemente</b> verdadeiro para você.</p> <p>!</p> | Nunca<br>ou<br>raramente | Algumas<br>vezes | Frequentemente |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|----------------|
| 1. Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                        | 1                | 2              |
| 2. Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                        | 1                | 2              |
| 3. Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0                        | 1                | 2              |
| 4. Eu fico com medo quando eu durmo fora de casa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                        | 1                | 2              |
| 5. Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0                        | 1                | 2              |
| 6. Quando eu fico com medo, eu sinto como se eu fosse desmaiar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0                        | 1                | 2              |
| 7. Eu sou nervoso (a).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                        | 1                | 2              |
| 8. Eu sigo a minha mãe ou o meu pai aonde eles vão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0                        | 1                | 2              |
| 9. As pessoas me dizem que eu pareço nervoso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                        | 1                | 2              |
| 10. Eu fico nervoso (a) com pessoas que eu não conheço bem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                        | 1                | 2              |
| 11. Eu tenho dor de barriga na escola.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                        | 1                | 2              |
| 12. Quando eu fico com medo, eu acho que vou enlouquecer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0                        | 1                | 2              |
| 13. Eu tenho medo de dormir sozinho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0                        | 1                | 2              |
| 14. Eu me preocupo em ser tão bom quanto as outras crianças.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                        | 1                | 2              |
| 15. Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0                        | 1                | 2              |
| 16. Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0                        | 1                | 2              |
| 17. Eu fico preocupado quando tenho que ir à escola.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0                        | 1                | 2              |
| 18. Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0                        | 1                | 2              |
| 19. Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                        | 1                | 2              |

| <p><b>Lembre-se:</b> para cada frase circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos <b>últimos 3 meses</b>.</p> <p><i>Circule 0 para o item que <b>nunca é verdadeiro</b> ou é <b>raramente</b> verdadeiro para você.</i></p> <p><i>Circule 1 para o item que <b>algumas vezes</b> é verdadeiro para você.</i></p> <p><i>Circule 2 para o item que é <b>bastante</b> ou <b>frequentemente</b> verdadeiro para você.</i></p> |                    |               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nunca ou raramente | Algumas vezes | Frequentemente |
| 20. Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                  | 1             | 2              |
| 21. Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo para mim.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                  | 1             | 2              |
| 22. Quando eu fico com medo, sou muito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0                  | 1             | 2              |
| 23. Eu sou muito preocupado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0                  | 1             | 2              |
| 24. Eu fico com muito medo sem nenhum motivo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0                  | 1             | 2              |
| 25. Eu tenho medo de ficar sozinho em casa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                  | 1             | 2              |
| 26. Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0                  | 1             | 2              |
| 27. Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                  | 1             | 2              |
| 28. As pessoas dizem que eu me preocupo demais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0                  | 1             | 2              |
| 29. Eu não gosto de ficar longe da minha família.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                  | 1             | 2              |
| 30. Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0                  | 1             | 2              |
| 31. Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0                  | 1             | 2              |
| 32. Eu fico com vergonha na frente de pessoas que não conheço bem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                  | 1             | 2              |
| 33. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0                  | 1             | 2              |
| 34. Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0                  | 1             | 2              |
| 35. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0                  | 1             | 2              |
| 36. Eu tenho medo de ir à escola.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                  | 1             | 2              |
| 37. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0                  | 1             | 2              |
| 38. Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0                  | 1             | 2              |
| 39. Eu fico nervoso quando estou com outras crianças ou adultos e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0                  | 1             | 2              |
| 40. Eu fico nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0                  | 1             | 2              |
| 41. Eu sou tímido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0                  | 1             | 2              |

## Anexo E – *Emotional Regulation Checklist (ERC)*

| <b>Emotional Regulation Checklist (ERC) – Versão Brasileira</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Emotional Regulation Checklist<br>Original version<br>Shields & Cicchetti, 1995 <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Emotional Regulation Checklist<br>Versão brasileira<br>Reis et al., 2016 <sup>2</sup> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>Informação da Criança</b></p> <p><b>Nome da criança:</b> _____</p> <p><b>Data de nascimento:</b> ____/____/____ <b>Idade:</b> _____ <b>Sexo:</b> ( ) M ( ) F</p> <p><b>Escola:</b> _____</p> <p><b>Prof.:</b> _____ <b>Série:</b> _____</p> </div> <div> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p> </div> </div>                                                             |                                                                                       |
| <p><b>Informação do Respondente</b></p> <p><b>Nome:</b> _____</p> <p><b>Data de nascimento:</b> ____/____/____ <b>Idade:</b> _____ <b>Sexo:</b> ( ) M ( ) F</p> <p><b>Relação com a criança:</b> ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Prof. ( ) Outra: _____</p> <p><b>Escolaridade:</b> ( ) Não alfabetizado ( ) 2º grau incompleto ( ) 3º grau completo<br/> ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo<br/> ( ) 1º grau completo ( ) 3º grau incompleto</p> |                                                                                       |

### Instrução:

Por favor, leia as afirmações e coloque uma cruz (X), ou um círculo (O) na opção que melhor identifica aquilo que acontece com a criança que você está avaliando. Se você acha que a criança apresenta bastante do comportamento descrito na sentença marque “3” (muitas vezes) ou “4” (quase sempre), caso contrário, marque “1” (nunca) ou “2” (algumas vezes). Utilize a legenda para marcar as sentenças conforme você acha que os comportamentos descritos acontecem com a criança.

**Legenda:** 1. Nunca | 2. Algumas vezes | 3. Muitas vezes | 4. Quase sempre

<sup>1</sup> Shields, A. M., & Cicchetti, D. (1995). *The development of an emotion regulation assessment battery: Reliability and validity among at-risk grade-school children*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research on Child Development, Indianapolis.

<sup>2</sup> Reis, A. H., Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Andrade, N. C., Abreu, N., & Sperb, T. M. (2016). Emotion Regulation Checklist (ERC): Preliminary studies of cross-cultural adaptation and validation for use in Brazil. *Temas em Psicologia*, 24(1), 63-82.

| Emotional Regulation Checklist (ERC) – Versão Brasileira                                                                                                                                                                      |                  |                 |                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|--|
| 1. Nunca                                                                                                                                                                                                                      | 2. Algumas vezes | 3. Muitas vezes | 4. Quase sempre |  |
| 1. É uma criança alegre.                                                                                                                                                                                                      |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 2. Apresenta grande variação de humor (o estado emocional da criança é difícil de ser previsto, pois ela muda rapidamente de bem humorada para mal humorada).                                                                 |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 3. Responde de forma positiva a iniciativas de adultos de se aproximar de forma neutra ou amigável.                                                                                                                           |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 4. Troca bem de uma atividade para outra (não fica ansiosa, irritada, angustiada ou excessivamente empolgada quando passa de uma atividade para outra).                                                                       |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 5. Recupera-se rapidamente de episódios de aborrecimento ou angústia (por exemplo, não permanece quieta ou mal humorada, ansiosa ou triste após eventos emocionalmente estressantes).                                         |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 6. Frustra-se facilmente.                                                                                                                                                                                                     |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 7. Responde de forma positiva a iniciativas de seus pares de se aproximar de forma neutra ou amigável (pares são crianças da mesma idade ou colegas).                                                                         |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 8. É propensa a explosões de raiva / birra.                                                                                                                                                                                   |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 9. É capaz de adiar gratificação (por exemplo, suporta a espera por uma recompensa).                                                                                                                                          |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 10. Sente prazer com o sofrimento dos outros (por exemplo, ri quando outra pessoa se machuca ou é punida; gosta de provocar os outros).                                                                                       |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 11. Consegue controlar a empolgação em situações emocionalmente estimulantes (por exemplo, não se empolga excessivamente em situações de brincadeiras de alta energia, ou não fica muito agitada em contextos inapropriados). |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 12. É chorona ou gosta de ficar “agarrada” com adultos.                                                                                                                                                                       |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 13. É propensa a explosões inadequadas de animação e entusiasmo.                                                                                                                                                              |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 14. Responde com raiva ou de forma zangada quando os adultos lhe impõem limites.                                                                                                                                              |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 15. A criança consegue dizer quando está se sentindo triste, com raiva ou zangada, com medo ou assustada.                                                                                                                     |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 16. Parece triste ou apática.                                                                                                                                                                                                 |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 17. É excessivamente empolgada ao tentar envolver outros na brincadeira.                                                                                                                                                      |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 18. Mostra humor apático (fisionomia é vaga e inexpressiva; a criança parece ausente emocionalmente).                                                                                                                         |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 19. Responde de forma negativa a aproximações neutras ou amigáveis feitas por pares (crianças ou colegas da mesma idade) (por exemplo, pode falar com um tom de voz com raiva ou responder com medo).                         |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 20. É impulsiva.                                                                                                                                                                                                              |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 21. É empática com os outros. Mostra preocupação quando os outros estão chateados ou angustiados.                                                                                                                             |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 22. Demonstra entusiasmo que os outros consideram inapropriado, intrusivo ou intrometido.                                                                                                                                     |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 23. Mostra emoções negativas apropriadas (raiva, medo, frustração, angústia) em resposta a atos hostis, agressivos ou intrusivos dos pares (crianças ou colegas da mesma idade).                                              |                  |                 | 1 2 3 4         |  |
| 24. Demonstra emoções negativas quando está tentando engajar os outros em brincadeira.                                                                                                                                        |                  |                 | 1 2 3 4         |  |

**Anexo F - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR

**Pesquisador:** MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 40658214.6.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.113.229

**Apresentação do Projeto:**

O pesquisador principal MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA, responsável pelo projeto com número de CAAE 40658214.6.0000.5336 e Título: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR encaminhou ao CEP-PUCRS emenda ao projeto guarda-chuva, contendo os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- CBCL.pdf
- ASR.pdf
- Escola3.pdf
- CartaSMED.pdf
- Carta.pdf
- Quest.pdf
- ERC.pdf
- Escola1.pdf
- Projeto.pdf
- CronogramaPDF.pdf
- orcamento.pdf
- TALE.pdf
- TCLE.pdf

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 3.113.229

- Folha\_de\_Rosto.pdf

**Objetivo da Pesquisa:**

O pesquisador principal MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA, responsável pelo projeto com número de CAAE 40658214.6.0000.5336 e Título: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR encaminhou ao CEP-PUCRS emenda ao projeto guarda-chuva, contendo os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- CBCL.pdf
- ASR.pdf
- Escola3.pdf
- CartaSMED.pdf
- Carta.pdf
- Quest.pdf
- ERC.pdf
- Escola1.pdf
- Projeto.pdf
- CronogramaPDF.pdf
- orcamento.pdf
- TALE.pdf
- TCLE.pdf
- Folha\_de\_Rosto.pdf

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador principal MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA, responsável pelo projeto com número de CAAE 40658214.6.0000.5336 e Título: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR encaminhou ao CEP-PUCRS emenda ao projeto guarda-chuva, contendo os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- CBCL.pdf
- ASR.pdf
- Escola3.pdf
- CartaSMED.pdf
- Carta.pdf

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 3.113.229

- Quest.pdf
- ERC.pdf
- Escola1.pdf
- Projeto.pdf
- CronogramaPDF.pdf
- orcamento.pdf
- TALE.pdf
- TCLE.pdf
- Folha\_de\_Rosto.pdf

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador principal MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA, responsável pelo projeto com número de CAAE 40658214.6.0000.5336 e Título: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR encaminhou ao CEP-PUCRS emenda ao projeto guarda-chuva, contendo os seguintes documentos:

- Emenda.pdf
- CBCL.pdf
- ASR.pdf
- Escola3.pdf
- CartaSMED.pdf
- Carta.pdf
- Quest.pdf
- ERC.pdf
- Escola1.pdf
- Projeto.pdf
- CronogramaPDF.pdf
- orcamento.pdf
- TALE.pdf
- TCLE.pdf
- Folha\_de\_Rosto.pdf

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 3.113.229

**Recomendações:**

Em uma próxima oportunidade, solicitamos que as cartas de autorizações (conhecimento) das escolas, ou de qualquer outra instituição, que não a PUCRS, venham em papel timbrado da respectiva instituição, pois as assinaturas são de pessoas não vinculadas a PUCRS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, CNS nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR proposto pelo MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA com numero de CAAE 40658214.6.0000.5336.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                              | Postagem            | Autor                       | Situação |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_497407_E1.pdf | 26/11/2018 19:20:33 |                             | Aceito   |
| Outros                                    | Emenda.pdf                           | 26/11/2018 19:19:49 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | CBCL.pdf                             | 26/11/2018 19:06:16 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | ASR.pdf                              | 26/11/2018 19:06:02 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | Escola3.pdf                          | 26/11/2018 19:05:23 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | CartaSMED.pdf                        | 26/11/2018 19:02:01 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | Carta.pdf                            | 26/11/2018 19:00:28 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | Quest.pdf                            | 26/11/2018 18:58:31 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | ERC.pdf                              | 26/11/2018 18:57:34 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Outros                                    | Escola1.pdf                          | 26/11/2018 18:56:46 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf                          | 26/11/2018 18:54:29 | MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA | Aceito   |

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 3.113.229

|                                                                    |                                                  |                        |                                |        |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| Cronograma                                                         | CronogramaPDF.pdf                                | 26/11/2018<br>18:29:18 | MARGARETH DA<br>SILVA OLIVEIRA | Aceito |
| Orçamento                                                          | orcamento.pdf                                    | 26/11/2018<br>18:29:08 | MARGARETH DA<br>SILVA OLIVEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TALE.pdf                                         | 26/11/2018<br>18:28:51 | MARGARETH DA<br>SILVA OLIVEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE.pdf                                         | 26/11/2018<br>18:28:46 | MARGARETH DA<br>SILVA OLIVEIRA | Aceito |
| Folha de Rosto                                                     | Folha_de_Rosto.pdf                               | 26/11/2018<br>18:27:29 | MARGARETH DA<br>SILVA OLIVEIRA | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 05/03/2015<br>21:16:25 |                                | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 04/03/2015<br>13:02:07 |                                | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 09/01/2015<br>12:58:54 |                                | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 04/12/2014<br>15:33:15 |                                | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 02/12/2014<br>11:37:51 |                                | Aceito |
| Informações Básicas<br>do Projeto                                  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_428113.pdf | 17/11/2014<br>15:44:35 |                                | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Janeiro de 2019

---

**Assinado por:  
Denise Cantarelli Machado  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

## Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Margareth da Silva Oliveira e Marina Heinen, responsáveis pela pesquisa intitulada “EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR” estamos fazendo um convite para seu(sua) filho(a) participar como voluntário(a) nesse estudo.

Essa pesquisa pretende investigar os efeitos do protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil em aumentar as competências emocionais, bem como em desenvolver habilidades sociais, em crianças de 7 a 9 anos.

Acreditamos que a pesquisa seja importante porque focaliza no desenvolvimento de fatores de proteção e no aumento da qualidade de vida das crianças.

Para a realização será feito o seguinte: primeiro, você, responsável pela criança, precisará preencher alguns questionários. São eles: Ficha de dados sócio demográficos, *Child Behavior Checklist* (CBCL/ 6-18), *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Pais e o *Emotional Regulation Checklist* (ERC). A sua participação consiste em responder todas as questões dos instrumentos e ser o mais sincero possível. A duração média de tempo de preenchimento é de 30 minutos. Já seu(sua) filho(a), se você consentir, preencherá os questionários: *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED), *Children's Depression Inventory* (CDI) e o *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Crianças. A duração média de tempo de preenchimento é de 30 minutos.

Após essa primeira avaliação, os participantes serão divididos de maneira não aleatória ou para o grupo experimental, que receberá a intervenção preventiva ou para o grupo controle do tipo lista de espera, que não receberá a intervenção no primeiro momento. Caso o seu(sua) filho(a) seja direcionado(a) para o grupo experimental, ele(a) será convidado(a) para participar de 12 encontros semanais, que ocorrerão na escola em que seu(sua) filho(a) estuda. Salientamos que os encontros da intervenção são gratuitos e serão coordenadas pela psicóloga Marina Heinen e conduzida por pesquisadores (psicólogos ou assistentes) treinados e capacitados para as intervenções com o programa preventivo da Terapia de Regulação Infantil.

Após o término da intervenção com o grupo experimental, todas as crianças serão reavaliadas, ou seja, as crianças que foram direcionadas para a intervenção e as crianças da lista de espera. Os instrumentos serão *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED), *Children's Depression Inventory* (CDI) e o *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Crianças, para as crianças preencherem. A duração média de tempo de preenchimento é de 25 minutos. Já os pais/responsáveis preencherão o *Child Behavior Checklist* (CBCL/ 6-18), *Social Skills Rating System* (SSRS-BR) Versão Pais e o *Emotional Regulation Checklist* (ERC). A duração média de tempo necessário será de 25 minutos.

Se seu(sua) filho(a) for alocado para o grupo controle, deverá apenas preencher os instrumentos solicitados nas duas avaliações (pré e pós teste) e, após três meses, será chamado(a) para a intervenção.

O risco para a participação do seu(sua) filho(a) nesse estudo é considerado mínimo. É possível que aconteçam alguns desconfortos emocionais, entretanto, através da intervenção visamos, como benefício, o desenvolvimento de competências emocionais e sociais para lidar com situações desagradáveis.

Durante todo o período da pesquisa você e seu(sua) filho(a) tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira no telefone (051) 3320-3500, ramal 7749.

Seu(sua) filho(a) tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão de forma voluntária, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade da coordenadora, profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira. Assim sendo, asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Caso você e/ou seu(sua) filho(a) tenham qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, seu(sua) filho(a) não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. Não assine este termo a menos que o tenha compreendido integralmente, tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

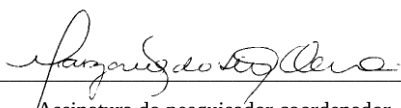
Se você concordar com a participação do seu(sua) filho(a) neste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que a participação do meu filho(a) é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais meu filho(a) será submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade e autorizo o meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar desse estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

\_\_\_\_\_  
Data

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador coordenador

## Anexo H - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Olá! Quero te convidar a participar do estudo “EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PREVENTIVA NAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS DE CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR”, que tem o objetivo de analisar o quanto os nossos encontros te ajudarão a conhecer e lidar melhor com tuas emoções e desenvolver novos comportamentos.

Já tivemos o acordo dos teus pais para participar dessa pesquisa e agora quero te convidar também. Inicialmente, sua participação envolve responder todas as questões dos questionários e ser o mais sincero possível. Você preencherá dois questionários: um para avaliar nível de ansiedade, outro para avaliar nível de tristeza e outro para avaliar suas habilidades sociais. A duração média de tempo de preenchimento é de 30 minutos.

Após essa primeira avaliação, você será encaminhado ou para um grupo que participará de um programa de atividades ou para um grupo que não receberá as atividades no primeiro momento, chamado lista de espera. Se você for direcionado para o grupo que realizará as tarefas, você será convidado a participar de 12 encontros semanais, que ocorrerão na sua escola. Nos encontros haverá a presença de pesquisadores que irão trabalhar com um programa chamado protocolo preventivo da Terapia de Regulação Infantil. Esse programa tem por objetivo auxiliar você a conhecer e expressar suas emoções, pensamentos e comportamentos de maneira assertiva.

Após o término desse programa, haverá uma reavaliação. Você preencherá novamente os três instrumentos: um para avaliar nível de ansiedade, outro para avaliar nível de tristeza e outro para avaliar suas habilidades sociais. A duração média de tempo de preenchimento é de 25 minutos.

Se você for direcionado para o grupo controle, inicialmente, você apenas preencherá os questionários solicitados nas duas avaliações. Mas, após três meses do início da pesquisa, você será chamado para participar do programa.

O risco da sua participação na pesquisa é mínimo. É possível que você se sinta desconfortável ao falar de emoções, pensamentos e comportamentos. Mas, como benefício, com a participação no programa visamos que você aprenda a lidar com situações desagradáveis, conhecendo suas emoções, pensamentos e comportamentos.

Se, por alguma razão, você quiser sair da pesquisa, poderá fazer, sem problemas. Esta saída não trará a você ou a sua família nenhum prejuízo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável. Assim, o seu nome jamais será identificado. Os dados não serão fornecidos à escola ou familiares.

Sempre que quiser, você poderá pedir informações sobre a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone (051) 3320-3345. Poderá, também, entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira (051) 3320-3500, ramal 7749.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto

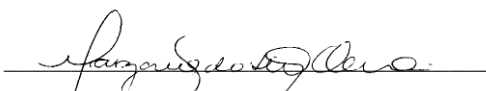
Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320-3345 ou e-mail: cep@puhrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 à 17:00.

Declaro que ouvi ou li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de esclarecer as dúvidas relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Por fim, recebi orientações sobre o objetivo do estudo e expressei meu livre assentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador coordenador

!



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)