



Universidades Lusíada

Verríssimo, Ana
Candeias, Mara
Galvão, Patrícia
Matos, Teresa

De fora para dentro, da relação à elaboração programa de intervenção preventiva e terapêutica em grupo para crianças com alterações de comportamento e dificuldades relacionais no período de latência

<http://hdl.handle.net/11067/5560>
<https://doi.org/10.34628/kkbb-8727>

Metadados

Data de Publicação

2019

Resumo

A investigação atual e a casuística dos serviços de saúde públicos e privados indicam que as perturbações emocionais, do comportamento e da relação na terceira infância ou latência têm vindo a aumentar, sendo particularmente evidentes em contexto escolar, dadas as sérias implicações que demonstram ter ao nível das interações e das aprendizagens. O presente projeto de investigação visa a implementação e verificação de eficácia de um programa de intervenção e prevenção em grupo, tendo como objetiv...

Current research and statistics from public and private health services indicate that emotional, behavioral and relationship disorders in the late childhood or latency are increasing and are particularly obvious in school settings, given the serious implications on interactions and learning. This research project aims to implement and verify the effectiveness of a group intervention and prevention program, hoping to accomplish symptomatic improvement and the promotion of children's mental health...

Palavras Chave

Promoção da saúde mental - Portugal, Saúde mental infantil - Portugal, Psicoterapia de grupo para criança

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 10, n. 2 (2019)

**DE FORA PARA DENTRO, DA RELAÇÃO
À ELABORAÇÃO.
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA E
TERAPÊUTICA EM GRUPO PARA CRIANÇAS COM
ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO
E DIFICULDADES RELACIONAIS
NO PERÍODO DE LATÊNCIA**

**FROM THE INSIDE TO THE OUTSIDE, FROM THE
RELATION TO THE ELABORATION. PREVENTIVE
AND CLINICAL GROUP INTERVENTION PROGRAM
FOR CHILDREN WITH BEHAVIORAL AND
RELATIONSHIP DIFFICULTIES IN THE LATENCY
PERIOD**

**Ana Verríssimo
Mara Candeias
Patrícia Galvão
Teresa Matos**

MR Terapias, Formação e Consultoria

Resumo: A investigação atual e a casuística dos serviços de saúde públicos e privados indicam que as perturbações emocionais, do comportamento e da relação na terceira infância ou latência têm vindo a aumentar, sendo particularmente evidentes em contexto escolar, dadas as sérias implicações que demonstram ter ao nível das interações e das aprendizagens. O presente projeto de investigação visa a implementação e verificação de eficácia de um programa de intervenção e prevenção em grupo, tendo como objetivo a melhoria sintomática e a promoção da saúde mental infantil em crianças entre os 8 e os 10 anos, a frequentar o 1º ciclo de escolaridade, numa escola do concelho de Loures. Para o efeito contou com 24 participantes, divididos em três grupos – intervenção, prevenção e controlo – e um grupo de pais. Teve como fatores diferenciadores a aplicação de uma intervenção em grupo em contexto escolar, a introdução de uma intencionalidade preventiva numa população não-clínica/sem patologia mental, e a intervenção sob a forma de um programa estruturado, com atividades construídas e selecionadas pela sua pertinência e ligação aos temas que se consideraram importantes para o desenvolvimento emocional infantil neste período etário. A investigação encontra-se em curso, com término previsto para Dezembro de 2019.

Palavras-chave: Intervenção em grupo; Promoção saúde mental infantil; Escola; Latência.

Abstract: Current research and statistics from public and private health services indicate that emotional, behavioral and relationship disorders in the late childhood or latency are increasing and are particularly obvious in school settings, given the serious implications on interactions and learning. This research project aims to implement and verify the effectiveness of a group intervention and prevention program, hoping to accomplish symptomatic improvement and the promotion of children's mental health, in children between the ages of 8 and 10, attending the first grade, in a school located in Loures. For this purpose, the project included 24 participants, divided in three groups - intervention, prevention and control -, and a group of parents. The differentiating factors were the application of a group intervention in a school context, the introduction of a preventive intentionality in a non-clinical population, and the intervention through a structured program, with activities built and selected by their relevance and connection to the subjects that were considered important for children's emotional development in this age group. This is an ongoing investigation, with the end scheduled for December 2019.

Keywords: Group intervention; Promotion of children's mental health; School; Latency.

Introdução

A fase de latência tem sido designada como sendo o período de vida emocional da criança entre os 6 e os 12 anos, no qual o investimento relacional se espera deslocado dos pais ou cuidadores para figuras extrafamiliares e escolares (Freud, 1905). A latência representaria, pois, um esforço de consolidação do Ego infantil – a luta pela maturidade, pela coerência e coesão do mundo interior – sendo a curiosidade deslocada dos alvos iniciais para a descoberta de outros mundos, outros contextos de relação, e outros valores para além do espaço da casa, da família e suas figuras de referência. Na transição emoção-cognição, a maturidade dos processos intelectuais tornar-se-ia compatível com as progressivas aquisições do sentido do real, da acuidade perceptiva, da capacidade de abstração e do raciocínio lógico. No desenvolvimento normativo, o predomínio do pensamento secundário/lógico permitiria uma melhor capacidade de fazer juízos críticos de situações e das representações de si próprio e dos outros. Com a entrada para a escola é esperada esta maturidade, com capacidade alargada de pensar e interagir. O período de latência iria, pois, reforçar os processos de identidade e identidade sexual, através de novas experiências relacionais, novos tipos de conflitualidade, confronto com professores-pais, colegas-irmãos, numa sequência que deve confirmar na criança as suas capacidades e escolhas afetivas (Ferreira, 1990/2002). Não obstante a sua evidente importância desenvolvimental, e a prevalência casuística de casos clínicos nos serviços de saúde, verificamos que o período de latência tem sido francamente negligenciado do ponto de vista da investigação, o que nos parece paradoxal face à sua declarada importância no desenvolvimento subsequente.

Efetivamente, na idade escolar e pré-escolar assume particular importância o diagnóstico e a intervenção em patologias com impacto no desempenho escolar, tais como as perturbações de hiperatividade com défice de atenção, as perturbações de oposição ou as problemáticas do foro ansioso e depressivo, sendo absolutamente fundamental o trabalho de articulação com a escola nesta etapa. Segundo a Rede de Referenciação Hospitalar em Psiquiatria da Infância e Adolescência do Serviço Nacional de Saúde (2018), existem atualmente inúmeros mo-

tivos para se investir no desenvolvimento de intervenções eficazes de saúde mental para crianças e adolescentes, a saber: as perturbações psiquiátricas desta faixa etária trazem grandes encargos à sociedade e o investimento nesta área é a ação com melhor relação custo/eficácia para contrariar o aumento contínuo dos problemas mentais a que assistimos atualmente em todos os grupos etários. Os estudos da economia da saúde evidenciam o maior retorno do investimento nas etapas precoces do desenvolvimento, pelo que intervenções eficazes reduzem o custo das perturbações de saúde mental não só para o indivíduo e sua família, mas também para os sistemas de saúde e para as comunidades; a intervenção precoce existe um importante grau de continuidade entre muitas perturbações na infância e as da idade adulta. Cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos de idade, logo aumentar os fatores protetores na infância e na adolescência previne a ocorrência de doença mental no adulto; pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade por doença psiquiátrica a longo prazo.

Não é, pois, de admirar que a Direção Geral de Saúde (2016) tenha definido como uma das suas prioridades a Promoção de Competências Socio emocionais em Meio Escolar, sob a coordenação do Programa Nacional para a Saúde Mental.

No período de latência, a psicoterapia de grupo torna-se uma resposta terapêutica de grande valor (Nabais e Guerreiro, 2005) que tem vindo a ser percebida como uma oferta clínica institucional generalizada, já que a criança está particularmente predisposta à relação com o outro, à curiosidade por tudo o que a rodeia, e que os pares representam uma fonte privilegiada de sociabilização (o mundo abriu-se a novas e diferentes relações, em natureza e características, na fase precedente e com a instauração da latência, associada à diversidade relacional escolar). Muitas crianças com sintomatologia mental – depressiva, ansiosa, alterações de comportamento – apresentam grandes dificuldades de interação com os pares, no grupo normativo expectável de pertença, já que a dinâmica relacional se revela pouco ajustada (ex. avaliação deficiente das pistas sociais, impulsividade, inibição, agitação motora, agressividade, dificuldades de pensar sobre o seu estado mental e o do outro). São, habitualmente, crianças que, pela exibição sintomática,

mais causam preocupações à comunidade escolar, mas também mais sentimentos de incompreensão, frustração e impotência, que se tornam circulares na relação com a criança, fomentando o desajustamento e o insucesso relacional e acadêmico. Assim, segundo Kernberg (1991), a intervenção terapêutica em grupo deve ser considerada em crianças, nas seguintes situações:

- Crianças cujo comportamento desajustado na escola ou noutros contextos tende a prejudicar a interação com pares e adultos;
- Crianças cuja terapia individual se encontra num impasse, cujos sintomas-alvo não estão a ser resolvidos;
- Crianças com baixa capacidade de mentalização, isto é, com reduzida capacidade de elaborar e integrar o vivido emocional e experiencial, de pensar o seu estado emocional e o do outro, com impacto no comportamento (agitado, impulsivo, agressivo);
- Crianças com grande reatividade à relação terapêutica individual (sentida como ameaçadora, ou invasiva, p.e.), inviabilizando a aliança necessária à intervenção;
- Crianças com reduzidas habilidades sociais.

Acrescentaríamos, que traz, igualmente, vantagens sobre as intervenções individuais, nas crianças descritas, quando se encontram em terapias morosas, quando evidenciam resistência e em cujos contextos determinados comportamentos sociais não têm lugar por se tratar de uma relação a dois (Vidigal, 2007). Percebemos, pois, que as indicações para uma intervenção em grupo podem relacionar-se com as dificuldades que certas crianças têm na comunicação dos seus pensamentos e emoções e na impossibilidade de fazerem associações no contexto de um trabalho individual, sendo o tratamento de grupo estratégico. Algumas crianças anteriormente seguidas em tratamento individual, com mais ou menos êxito, manifestam na situação de grupo uma capacidade de implicação que contrasta positivamente com a vivência terapêutica anterior. Crim (2011) refere que, como no jogo e no sonho, o mundo interno de cada criança atualiza-se e transforma-se no espaço grupal através das relações que se estabelecem entre todos e das diferentes posições identificatórias no decurso desse processo. Na sua experiência,

o espaço terapêutico grupal contém condições específicas que permitem a integração de partes depositadas nos outros membros do grupo e a elaboração dos conflitos inconscientes. Juntamente com o trabalho terapêutico conjunto com os pais – que nos parece deveras importante –, a intervenção em grupo com crianças contribui para a construção de um espaço de simbolização que permite a emergência de novos vínculos entre o sintoma e múltiplos fatores (intrapsíquicos, relacionais, neurológicos e do meio), tornando mais claro o sentido do mesmo.

Por outro lado, parece-nos que as potencialidades da experiência terapêutica em grupo podem estender-se à prevenção, como é, também, objetivo desta investigação. Efetivamente, os grupos preventivos utilizam o processo de grupo em toda a sua dimensão: interação, coesão, processo de grupo e mudança. O propósito da intervenção em grupo é promover os pontos fortes e competências dos seus elementos, fornecendo-lhes conhecimentos e capacidades para evitar situações prejudiciais ou problemas de saúde mental. Podendo ocorrer como uma intervenção isolada ou como componente-chave de um programa, os grupos preventivos surgem, nesta investigação com o intuito de promover a saúde mental infantil numa população não-clínica, visando a diminuição da probabilidade da instalação de funcionamentos mentais patológicos e o fortalecimento da estrutura emocional para que, na ocorrência de elementos ansiogénicos ou traumatizantes externos à criança esta conheça uma superior robustez, adaptabilidade e ajustamento.

A escola foi o contexto de intervenção por nós selecionado para desenvolver a presente investigação, na medida em que as crianças e jovens passam a maior parte do seu tempo diário no espaço escolar, desempenhando, esta, um crucial papel no seu desenvolvimento. De facto, o tempo passado na escola tem impacto não apenas no seu progresso cognitivo e académico, mas também nas interações sociais, relações entre pares, regulação emocional e comportamento, influenciando e sendo influenciadas todas estas áreas pela saúde mental (Fazel et al., 2014). De igual forma, observa-se uma crescente procura por serviços de saúde mental proveniente dos Agrupamentos de Escola, diríamos que não só em número de pedidos, mas também na complexidade dos fenótipos clínicos apresentados. Este fenómeno não nos cau-

sa estranheza, quando percebemos que a prevalência de perturbações psiquiátricas nas crianças em idade escolar é de cerca de 12%, embora muitas crianças fora deste grupo venham a desenvolver algum nível de stress psicológico (Costello, 2005). Todavia, cerca de 3/4 destas crianças e jovens não tem nenhum tipo de acompanhamento em saúde mental (Paulus et al., 2016), pelo que o ambiente escolar pode ser o mecanismo valioso para fornecer suporte e promover intervenção. Mais: parece-nos que a relação entre os problemas de saúde mental na infância e o desempenho académico revela-se bidirecional – se a existência de uma perturbação psicológica ou pedopsiquiátrica tem efeitos no desempenho escolar, também o desempenho escolar se revela um importante fator de risco ou de proteção para a saúde mental de uma criança (Trzesniewski et al, 2006). Uma revisão de Fazel (2014) refere que os problemas de saúde mental mais comuns nas crianças em idade escolar são perturbações do comportamento e de ansiedade, embora outros quadros diagnósticos, como a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e as Perturbações do Espectro do Autismo, possam também causar dificuldades significativas pelas dificuldades de regulação e desempenho em ambiente escolar. Neste sentido, as escolas podem oferecer um ambiente único no suporte de crianças e jovens ao desenvolvimento da sua saúde mental, à prevenção de problemas deste foro e ao tratamento efetivo de perturbações existentes, existindo evidência crescente de que intervenções em contexto escolar são potencialmente seguras e eficazes no tratamento efetivo e melhoria da saúde mental de crianças e jovens.

Posto isto, a necessidade de realizar investigação e intervenção neste domínio parece-nos cada vez maior. Efetivamente, sabemos que são atualmente vários os locais que desenvolvem intervenções em grupo - embora as modalidades possam divergir - com bons indicadores de melhoria sintomática, porém os estudos que pretendem avaliar a eficácia desta intervenção, não só terapêutica como preventiva, e na população em questão, escasseiam, negligenciando uma etapa desenvolvimental com tamanha pertinência no que concerne à promoção da saúde mental infantil. Foi, por isso, propósito desta investigação implementar e avaliar uma intervenção que atuasse a dois níveis: por um lado, agir terapêuticamente sobre casos de patologia mental, com o objetivo da

redução sintomática, por outro atuar, de uma forma preventiva, numa população avaliada como não-clínica, ambas em idade escolar, dada a permeabilidade existente a intervenções transformadoras e preventivas que observa na segunda infância, potenciando o espaço escolar como um contexto privilegiado de atuação.

Método

Finalidade

Integrar a saúde mental no contexto escolar, promovendo um ambiente mais saudável e harmonioso através de uma modalidade de intervenção em grupo, promotora do desenvolvimento socioemocional e que auxilia os alunos na gestão do seu comportamento, possibilitando a experientiação de situações de interação e troca relacional entre pares e dinamizadores, e dotar os pais, os cuidadores e a comunidade escolar de ferramentas facilitadoras da relação com as crianças e do seu desenvolvimento.

Objetivo Geral

Reduzir a sintomatologia clínica positiva: espera-se encontrar menos alterações do comportamento, de tipo impulsivo e/ou agressivo, e mais e avaliadas como mais positivas interações sociais (maior ajustamento e competências sociais).

Objetivos Específicos

1. Verificar se existe uma melhoria do funcionamento adaptativo, como avaliado no Teacher's Report Form (TRF; versão port. Fonseca e col., 1994), relativamente aos indicadores - rendimento escolar, capacidade de trabalho, comportamento adequado, aprendizagem e felicidade da criança;

2. Verificar se, no final da intervenção, existe uma redução da sintomatologia clínica, como avaliada no Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL; versão port. Fonseca e col., 1994), relativamente aos parâmetros

de internalização (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas), de externalização (comportamento delinquente e comportamento agressivo) e de funcionamento social (problemas sociais) e cognitivo (problemas de pensamento e problemas de atenção);

3. Verificar se seis meses depois do final da intervenção existe uma redução da sintomatologia clínica, como avaliada no CBCL (versão port. Fonseca e col., 1994), relativamente aos parâmetros de internalização (ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas), de externalização (comportamento delinquente e comportamento agressivo) e de funcionamento social (problemas sociais) e cognitivo (problemas de pensamento e problemas de atenção);

4. Verificar se o tipo de preocupações parentais reportadas pelos pais no início da intervenção difere das preocupações apresentadas no final, como avaliadas pela Escala de Preocupações Parentais (Algarvio e Leal, 2004).

Tipo de investigação

Esta investigação constitui um estudo experimental – investigação-ação – uma vez que pretende verificar a eficácia de uma intervenção através da relação entre a sua implementação, quer terapêutica quer preventiva, e o incremento da saúde mental na amostra em estudo, controlando variáveis parasitas (ex. existência de outros tipos de acompanhamento de saúde mental no decurso da aplicação do programa), manipulando apenas a existência desta intervenção e avaliando os seus efeitos. Os grupos foram tão homogêneos ou equivalentes quanto possível no que concerne às outras características, exceto a aplicação da intervenção, no sentido de evitar os eventuais efeitos de outras variáveis e de construir uma ligação o mais linear possível entre as variáveis em estudo (ou seja, que as diferenças verificadas se devam unicamente à aplicação da intervenção – validade interna - e que possam ser generalizados a grupos e contextos semelhantes – validade externa).

Design experimental

A distribuição dos participantes obedeceu à seguinte metodologia:

Grupo 1 (Grupo de intervenção (GI)) – indivíduos com patologia mental: intervenção terapêutica em grupo + intervenção em grupo de famílias; Grupo 2 - 2.1 (Grupo de prevenção (GP)) – indivíduos sem patologia mental: intervenção preventiva em grupo; Grupo 2.2 (Grupo de Controlo (GC)) – indivíduos sem patologia mental: sem intervenção.

Amostra

A amostragem obedeceu a um método não-probabilístico, uma vez que os indivíduos foram selecionados não por meio de um critério estatístico e sim pela conveniência da sua disponibilidade. Cada grupo dinamizado incluiu oito crianças, perfazendo, portanto, 16 o número de elementos que frequentaram o programa (GI e GP), aos quais se somaram oito crianças, avaliadas como não tendo patologia mental (GC), e que não foram alvo de qualquer intervenção. O total da amostra fez, neste sentido, 24 sujeitos, não se tendo verificado quaisquer desistências ao longo da aplicação do programa.

Critérios de inclusão e exclusão

Passamos a descrever os critérios considerados necessários à participação na investigação e aqueles que a inviabilizam:

Inclusão – consideraram-se aptas a integrar o processo de amostragem:

1. crianças com idade compreendida entre os 8 e os 10 anos;
2. crianças que frequentem o 1º ciclo na escola em questão;
3. crianças com o seguinte fenótipo comportamental ou sintomatológico: comportamentos de impulsividade, agressividade ou agitação motora, dificuldades relacionais com os pares;
4. crianças sem sintomatologia, isto é, sem queixas em avaliação realizada pelos pais e professores, que satisfaçam os critérios 1 e 2.

Exclusão – considerou-se que não podiam integrar qualquer um dos grupos:

1. cuidadores que não estejam disponíveis para participar no grupo de famílias;
2. cuidadores que não autorizarem a participação do filho na modalidade de intervenção preconizada pela investigação – podendo, neste caso, participar no grupo “sem sintomatologia”;
3. crianças com défice cognitivo;
4. crianças com comprometimentos significativos na área da comunicação verbal;
5. crianças que estejam a ser intervencionadas numa das especialidades: psicologia, terapia familiar, psicomotricidade, terapia ocupacional, musicoterapia ou outras que possam introduzir alterações de funcionamento mental e comportamental na criança.
6. crianças com quadros severos de desarmonias evolutivas ou Atraso Global do Desenvolvimento;
7. crianças que não dominem o idioma português.

Procedimentos

O projeto foi apresentado à Direção do Agrupamento de Escolas a 31 de Julho de 2018, à comunidade escolar do Agrupamento a 16 de Outubro e aos Encarregados de Educação a 08 de Novembro do mesmo ano - as sessões tiveram início a 04 de Dezembro de 2018. Após a sessão de apresentação aos Encarregados de Educação, realizada na escola onde viria a ter lugar o projeto, os interessados em participar/aqueles que permitiam a participação dos seus educandos demonstraram a sua intenção junto das investigadoras, assinaram o Consentimento Informado e preencheram os instrumentos psicométricos. A partir da análise destes questionários e da reunião realizada com as Professoras de turmas do 3º e 4º ano, foram selecionados para o grupo de intervenção os oito sujeitos com as elevações mais significativas na escala CBCL | I.C.C. (Fonseca e col., 1994) e com avaliação de maior necessidade e indicação para este tipo de abordagem terapêutica, pelo tipo de perfil comportamental e com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. No que concerne à formação do grupo de prevenção e de controlo, foram selecionados de forma aleatória 16 indivíduos respetivamente, de

entre os que tinham menores elevações na CBCL | I.C.C. (Fonseca e col., 1994).

Importa referir que todas as crianças nas quais foi percebida a existência de sintomatologia e que não receberam a intervenção proposta (quer porque recusaram a modalidade terapêutica, quer porque não cumpriram critérios de inclusão ou ainda por não terem sido selecionadas) foram referenciadas para uma consulta de saúde mental, caso fosse essa a vontade dos seus pais/responsáveis legais – e não sendo, com obrigatoriedade de assinar a sua recusa.

Seguiu-se a intervenção propriamente dita que incluiu a aplicação do programa junto dos grupos GI e GP e a realização das sessões do grupo de pais.

Instrumentos

Esta investigação utilizou o Questionário de Caracterização Socioeconómica de Graffar, que visa a recolha de dados demográficos no que concerne ao contexto de vida das crianças em estudo e suas famílias – variáveis que se pretendem considerar na investigação – a Escala de Preocupações Parentais (Algarvio & Leal, 2004) e o CBCL | I.C.C. (Fonseca e col., 1994).

Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach – versão pais e versão professores

O Inventário de Comportamentos da Criança (I.C.C.) (versão port., Fonseca e col., 1994) pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança, tal como são percebidos pelos pais ou cuidadores, e pelos professores. É constituído por duas partes sendo que a 1ª parte consiste em 20 questões sobre a quantidade e qualidade do envolvimento do sujeito em várias atividades e situações de interação social, desde os desportos e passatempos, até ao número de amigos e participação em clubes e equipas, p.e., e a 2ª parte baseia-se em 113 itens relativos a diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais. Os pais/professores devem indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da

escala se aplica ou não à criança em causa (considerando como referência temporal os últimos 6 meses), devendo responder 0, 1, ou 2 (2 pontos – Muita vezes verdadeira; 1 ponto – Às vezes verdadeira; 0 pontos – Não verdadeira).

Escala de Preocupações Parentais (EPP)

A Escala de Preocupações Parentais (Algarvio e Leal, 2004) tem por objetivo avaliar e compreender quais as principais preocupações parentais, isto é, as dificuldades percebidas nos filhos, reveladoras de problemáticas no desenvolvimento psicoafectivo e/ou cognitivo das crianças e, por outro lado, dificuldades várias associadas à função ou ao exercício da parentalidade. Ao ser apresentada aos pais, esta escala apresenta 37 itens e seis possibilidades de resposta, passíveis de ser registadas numa escala tipo Likert, que permite aos pais posicionar as suas respostas entre as opções “preocupo-me muitíssimo”, “bastante”, “razoavelmente”, “pouco”, “nada” ou, ainda, “não se aplica”, nas seguintes subescalas: Problemas familiares, Preocupações escolares, Desenvolvimento infantil, Preparação, Medos e Comportamentos negativos.

Programa

Desenvolvimento dos conteúdos temáticos do programa

Os conteúdos temáticos foram pensados tendo em conta uma lógica do fora para dentro, ou seja, do mundo externo para o mundo interno da criança. Procurou-se selecionar temáticas que permitam o desenvolvimento emocional, relacional e comportamental dos participantes. Posto isto, e ainda que assumindo a flexibilidade necessária e inerente à intervenção com crianças (ex. na seleção das atividades, na sua forma de organização, na possível escolha de umas em detrimento das outras, desde que com o mesmo objetivo/tema), os temas foram desenvolvidos de forma cronológica, tal como constam do programa. Não sendo um programa rígido, poderiam ser selecionadas atividades em detrimento de outras, por motivos de tempo ou características das crianças/do grupo. Algumas atividades antecediam outras e deveriam

ser realizadas em função dessa ordem de forma a terem mais sentido e potencial em termos do objetivo a alcançar. Existiam no programa tarefas que têm continuidade, isto é, que se prolongam entre sessões ou que cujo objetivo passa por continuarem a ser trabalhadas em mais do que um dia, e outras de realização singular. Considera-se que este conjunto de atividades promove, de uma forma lúdica, contentora e estimulante, o desenvolvimento de importantes competências emocionais e relacionais, tais como uma maior capacidade de autorregulação, um maior ajustamento social, a redução do mal-estar afetivo e consequente impacto no comportamento, um autoconceito mais positivo e consolidado numa melhor autoestima, para que posteriormente e ao longo da vida, possam funcionar como mecanismos de ajuda e suporte a um funcionamento saudável, assim como recursos eficazes na gestão de situações e experiências mais difíceis. Em simultâneo e em função da utilização que se der (terapêutica, preventiva, individual ou em grupo) poder-se-ia também promover outras competências pessoais e sociais (assertividade, expressão dos sentimentos, comunicação, entre outras).

Parece-nos que o grande potencial das atividades reside na reflexão que o técnico faz com as crianças acerca do seu desempenho na tarefa e na capacidade em estabelecer pontes para o seu quotidiano. Claro está que a experiência vivida da situação em si é extremamente importante - sendo positiva, vai permitir que o diálogo posterior tenha maior significado para a criança e aumentar a probabilidade de conseguir transferir as competências adquiridas para os seus contextos de vida. Este aspeto é o que irá permitir ter ganhos imediatos e significativos para que as crianças mantenham seu investimento, mas também prolongados no tempo, porque considerados como estratégias. Passamos a descrever os temas alvo de intervenção no programa, os quais incluem um número variável entre si de atividades, elaboradas e selecionadas visando a intervenção sobre cada uma das áreas mencionadas.

Temas

1. O nosso grupo

O primeiro tema tem como objetivo fomentar a apresentação dos elementos do grupo, através de dinâmicas organizadas para o efeito – o

porquê do grupo, identidade do grupo, avaliação de expectativas, estabelecimento da relação terapêutica e do estar em grupo. É, ainda, fundamental criar um primeiro momento onde são definidas pelas crianças as regras que os acompanharão ao longo da realização de todas as atividades.

2. Eu e o corpo

Pretende-se aumentar a consciência e a integração da corporalidade e a forma como o nosso corpo se encontra ligado aos nossos estados de emocionais. As atividades pretendem fomentar a melhor autorregulação e diminuir a desregulação comportamental. Trabalhar o comportamento não-verbal será, igualmente, importante, bem como explorar as pistas sociais através do comportamento.

3. Eu explorador/e as emoções

Pretende-se o conhecimento das emoções (capacidade de identificar, reconhecer e nomear emoções; capacidade de diferenciar as próprias emoções; capacidade de reconhecer e compreender as emoções dos outros através da interpretação de pistas sociais, ex. expressão facial, comportamento não-verbal, etc); a regulação das emoções (capacidade de modular a intensidade ou a duração dos estados emocionais); expressão emocional (adequação das emoções à situação, pessoa e contexto).

4. Os outros como eu

Neste tema, as atividades pretendem desenvolver competências que se prendem com a qualidade das relações e interações estabelecidas – a amizade, resolução de conflitos, os problemas com os amigos, confiança, identificação vs diferença, eu no outro e o outro em mim.

5. Eu e a escola

Pretende-se partir da experiência em contexto escolar – escola espaço físico e escola espaço relacional, bem como a ligação a um espaço de aprendizagem e de estruturação/contenção externo à família.

6. Eu e a família

Pretende-se promover a construção de uma narrativa coerente e

ajustada sobre o percurso de vida e sobre a construção de identidade (individual e familiar) ao longo do tempo, integrando experiências positivas e negativas, o lugar de cada um na sua dinâmica familiar, as diferentes tipologias familiares, dentro e fora do grupo e o conceito de família.

7. O espaço à minha volta/e o mundo

As crianças são convidadas a pensar o seu lugar no espaço à sua volta, o impacto que cada um tem e o potencial que como grupo podem ter no mundo que os rodeia, mundo social, mundo cultural e mundo ecológico.

8. Eu e as coisas novas – as novidades

Importa trabalhar o impacto das chegadas na nossa vida, as pessoas que vêm de novo, que integram a vida singular ou a vida do grupo e a forma como nos reorganizamos (o quão fácil ou difícil é ajustarmo-nos, que modificações trazem à nossa vida, etc). A introdução de elementos moderadores ao longo da intervenção (ex. psicomotricista, musicoterapeuta, outro técnico de saúde mental) poderá contribuir para ilustrar esta temática e introduzir novas dinâmicas.

9. Eu e as palavras

Neste tema pretende-se utilizar a construção de histórias e narrativas, o poder da palavra, na comunicação e o impacto da sua ausência. É importante fomentar a imaginação e a capacidade simbólica e poder experimentar comunicar sem utilizar o comportamento.

10. Viver comigo

As atividades procuram promover a capacidade da criança para reconhecer e aceitar as suas características (físicas, emocionais, comportamentais) e de se perceberem como um todo com diferentes dimensões que não são estanques, são evolutivas e únicas. Pretende-se promover a capacidade imaginária da criança para que consiga criar uma imagem de si própria positiva, promover a capacidade de a criança identificar o que é importante para si, gostar e valorizar as suas características, encontrar no dia-a-dia aspetos positivos sobre si, sobre as suas atitudes e na relação com os outros e, ainda, promover a capacidade de reforçar

os sentimentos bons sobre si em detrimento dos depreciativos, e de se organizar no tempo para realizar tarefas que lhe dão prazer e a fazem sentir-se melhor.

11. Eu e as partidas

Aquando do término da intervenção, o programa prevê que se aborde o tema da separação e da despedida – organizando internamente a experiência vivida, reconhecendo que transformações são produto da mesma, que impacto teve e o que gostariam de ter feito, mas também, de um ponto de vista simbólico, trabalhar os lutos e o facto de nem todas as pessoas permanecerem na nossa vida fisicamente, mas que memórias guardamos delas e como podem continuar connosco emocionalmente.

Setting terapêutico

Indispensável ao bom desenvolvimento das sessões e ao cumprimento dos seus objetivos, o setting foi, para nós, alvo de uma reflexão cuidada, atendendo ao espaço que tínhamos disponível e as suas vicissitudes, aos temas e atividades que pretendíamos realizar, às características dos grupos e dos seus elementos e ao tempo disponível (total e por sessão).

Neste sentido, por setting terapêutico entendemos as condições físicas em que decorreram as sessões bem como as especificidades de funcionamento relativas ao tempo (ex. duração das sessões e do programa, periodicidade, interrupções), ao espaço (logística, materiais) e às regras de funcionamento e procedimentos inerentes às sessões. Assim, sendo necessário garantir que o espaço fosse sentido como seguro e previsível, e que existisse constância quanto ao dia e à hora das sessões, estas decorreram na biblioteca de uma escola primária do concelho de Loures, semanalmente, com a duração de uma hora e meia, sem intervalo, fora do tempo letivo das crianças, entre Dezembro de 2018 e Junho de 2019, cessando nas interrupções escolares e com recurso a atividades de promoção da expressão e elaboração simbólica com materiais lúdico-expressivos enquanto mediadores terapêuticos. Em termos das regras e rituais de funcionamento, estas foram estabelecidas entre as

crianças e as dinamizadoras, e de entre as quais destacamos o facto de não podem existir agressões verbais e físicas - magoar-se ou insultar-se uns aos outros nem aos adultos -, nem danificar o material disponível (inspirando-nos no modelo de Sá, 2003). Aquando das sessões, as crianças encontravam-se na escola, e, ou vinham espontaneamente, ou eram acompanhadas por uma Assistente Operacional da escola. A biblioteca era fechada durante o período da sessão e era colocado um aviso na porta pedindo a sua não-interrupção. Durante a sessão tentava-se evitar a saída dos participantes, promovendo a satisfação de necessidades fisiológicas (lanche e ida à casa-de-banho) antes do início das atividades. As saídas do espaço aconteciam muito pontualmente, ou em situações de grande desregulação do comportamento, seja com agressividade física por parte de um ou mais elementos seja por recusa em continuar, sendo que, neste caso, a criança não voltava a entrar nessa sessão. As sessões tinham início com uma atividade de aquecimento e terminavam com uma dinâmica que promovesse o relaxamento, e quando possível a reflexão, e um ritual de saída. Entre estes dois momentos, eram dinamizadas atividades de desenvolvimento (entre uma e três), segundo os conteúdos definidos em cada tema.

Resultados

Na medida em que a presente investigação se encontra no final da aplicação do programa, todavia a meio do seu percurso, prevendo-se a aplicação dos instrumentos aos cuidadores e aos professores após o término da intervenção e no período de follow-up (seis meses após o término), os dados que aqui apresentamos dizem respeito à análise descritiva dos dados amostrais e aos resultados da aplicação dos instrumentos prévia à intervenção (pré-teste).

Todos os grupos foram compostos por 8 elementos, com clara predominância do sexo masculino (Tabela 1). Poderemos pensar que nesta fase desenvolvimental, as queixas ligadas a perturbações emocionais e de comportamento são mais evidentes em rapazes do que em raparigas, e de diferente tipo na sua manifestação.

De acordo com o objectivo amostral, a média de idades dos participantes encontra-se circunscrita entre os 8 e os 9 anos. No que concerne

à idade dos progenitores observamos que a média se encontra circunscrita entre os 33 e os 43 anos, sendo tendencialmente superior nos pais.

Tabela 1 - Caracterização da amostra: idade e sexo dos participantes | idade dos pais

	Idade Participantes	Idade – Pais	
		Mãe	Pai
Grupo de prevenção n = 8 (5M e 3F)	8,75 ± 1,28	33,50 ± 5,26	35,40 ± 5,68
Grupo de intervenção n = 8 (5M e 3F)	9,25 ± 0,89	39,88 ± 8,01	39,80 ± 6,22
Grupo de controlo n = 8 (6M e 2F)	9,25 ± 1,04	40,17 ± 5,23	43,71 ± 6,85

No que concerne à aplicação do I.C.C. (Fonseca e col., 1994) (Tabela 2), importa referir que foi este o instrumento utilizado para seleccionar os participantes que constariam de cada grupo de investigação – intervenção, prevenção e controlo – sendo que os indivíduos que se encontravam no limiar ou acima da linha fronteira que separa a população clínica da não-clínica eram considerados como população indicada para constar do grupo de intervenção. Relativamente aos dados preenchidos pelos pais/cuidadores, destacamos os resultados assinalados no grupo de intervenção, os quais apresentam uma elevação moderada nas escalas de ansiedade/depressão e problemas sociais, no caso dos participantes do sexo masculino, e na escala de problemas de pensamento, na escala global de internalização e na escala global de externalização no caso dos participantes do sexo feminino. Por outro lado, é possível verificar uma elevação importante em relação aos indivíduos do sexo masculino nas escalas de problemas de atenção, comportamento agressivo, nas escalas globais de internalização e externalização e na escala total. No caso das participantes femininas, a elevação mais importante é verificável na escala total, que compreende a ponderação de todas as escalas da prova. Ainda assim, os resultados desta fase da investigação parecem dissonantes face aos relatos que pais/cuidadores e professores fizeram das crianças, situando-se muito abaixo do que seria expectável face à intensidade dos comportamentos negativos descrita.

Tabela 2 - Resultados da aplicação do CBCL | I.C.C.
(versão pais) – Outubro de 2018

	Grupo de prevenção		Grupo de intervenção		Grupo de controlo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Ansiedade/Depressão	5,20 ± 3,03	6,00 ± 5,56	9,80 ± 3,96	6,00 ± 1,00	3,33 ± 1,97	5,50 ± 0,70
Isolamento/Depressão	2,40 ± 2,61	1,00 ± 1,00	2,80 ± 4,14	3,00 ± 1,00	1,83 ± 1,33	5,00 ± 5,66
Queixas Somáticas	1,20 ± 1,64	2,33 ± 3,22	2,40 ± 2,07	3,33 ± 1,52	1,83 ± 3,54	1,50 ± 0,71
Problemas Sociais	3,20 ± 1,48	2,67 ± 2,52	8,00 ± 2,00	5,00 ± 4,58	1,67 ± 2,25	3,50 ± 0,71
Problemas de Pensamento	2,00 ± 2,74	0,33 ± 0,58	3,80 ± 2,28	7,00 ± 2,64	1,50 ± 1,64	1,50 ± 0,70
Problemas de Atenção	5,20 ± 3,27	7,00 ± 2,00	11,20 ± 2,68	7,00 ± 6,25	4,50 ± 4,42	5,00 ± 1,41
Comportamento Delinquente	3,00 ± 2,35	1,33 ± 1,16	5,20 ± 3,42	3,33 ± 1,16	1,17 ± 1,33	1,00 ± 1,41
Comportamento Agressivo	8,20 ± 10,09	4,67 ± 4,16	14,20 ± 5,54	9,33 ± 9,07	3,17 ± 2,32	4,00 ± 4,24
Escala de Internalização	8,80 ± 3,56	9,33 ± 8,15	15,00 ± 8,16	12,33 ± 0,58	7,00 ± 5,56	12,00 ± 7,07
Escala de Externalização	11,20 ± 12,40	6,00 ± 5,29	19,40 ± 8,50	12,67 ± 2,65	4,33 ± 3,62	5,00 ± 5,66
Escala Total	35,00 ± 24,34	29,33 ± 21,13	64,40 ± 21,28	50,67 ± 25,01	20,83 ± 10,92	30,50 ± 2,12

Relativamente aos dados apresentados pelo preenchimento da EPP (Algarvio e Leal, 2004), os resultados indicam os pais/cuidadores das crianças do grupo de intervenção (população-clínica) são os que denotam maiores níveis de receio face aos seus filhos, apresentando em todas as escalas valores superiores à média para a população portuguesa – situação transversal a todos os grupos de investigação na quase totalidade dos valores – e que os principais receios dos pais/cuidadores prendem-se com as áreas “Problemas familiares e preocupações escolares” e “Medos”. A leitura da tabela 3 poderá completar a análise da aplicação deste instrumento.

Tabela 3 - Resultados da aplicação da Escala de Preocupações Parentais – Outubro de 2018

	Grupo de prevenção	Grupo de intervenção	Grupo de controlo	Média pop. portuguesa
Problemas familiares e preocupações escolares	2,88 ± 1,02	4,27 ± 0,97	3,34 ± 1,00	2,21
Desenvolvimento infantil	3,44 ± 1,05	3,67 ± 0,66	3,22 ± 1,18	2,70
Preparação	3,38 ± 1,24	4,00 ± 1,24	2,88 ± 0,67	3,11
Medos	3,91 ± 1,08	4,44 ± 0,92	3,53 ± 1,02	3,19
Comportamentos negativos	3,58 ± 1,42	3,73 ± 1,19	3,54 ± 0,81	3,15

Discussão/Conclusão

Tratando-se de uma publicação prévia ao término da investigação, e sendo necessários dados relativos ao final da aplicação do programa e ao período de follow-up, sabemos que qualquer discussão que possamos estabelecer presentemente deverá ser completada e enriquecida com os resultados mencionados. Para além disso, reforçamos que, na presente publicação, foi principal preocupação dar a conhecer o programa de intervenção aplicado, prevendo-se que posteriormente possa ser realizada uma análise mais conclusiva dos seus resultados quantitativos e qualitativos, bem como uma reflexão importante relativa ao grupo de famílias. Porém, parece-nos já possível estabelecer alguns pontos de análise, quer relativos aos dados estatísticos de descrição amostral e de pré-testes, quer, de forma qualitativa, à aplicação e funcionamento do programa e ao estado dos participantes dos grupos aos quais foi aplicado.

Relativamente ao funcionamento do programa, ao longo da sua aplicação pareceu-nos necessário, por vezes, realizar modificações em termos das atividades previstas por tema/sessão (ex. trocar a ordem de algumas, eliminar ou substituir outras, introduzir materiais inicialmente não previstos ou retirar outros, consoante se tratasse do Grupo de Intervenção ou do Grupo de Prevenção), sempre a partir da análise e da

reflexão que íamos estabelecendo sessão a sessão, sobre a forma como esta decorria, como tinha o grupo respondido e o que tinha acrescentado. Esta flexibilidade – que teve de ser garantida de forma célere e criativa – pareceu-nos absolutamente indispensável para o bem-estar das crianças, o sucesso da intervenção e a manutenção do principal objetivo: promover a saúde mental dos participantes. A aplicação do programa em contexto escolar apresentou, não obstante o seu potencial, algumas contingências, na sua maioria logísticas, que interferiram na organização das sessões e no seu funcionamento, com impacto negativo (entre as quais: interrupções no espaço, datas nas quais não pode ter lugar a sessão por existência de greves, faltas de professores ou atividades concorrenciais, existência de estímulos humanos e materiais alheios ao programa que perturbavam a dinamização). Ainda assim, e tal como refere Reid (1993) a evidência empírica aponta para que as intervenções grupais realizadas em contexto escolar conduzem a uma melhoria comportamental nas crianças não só verificada na escola como também em casa e, efetivamente, têm existido verbalizações provenientes dos dois domínios que referem melhorias ao nível do comportamento e do funcionamento emocional dos participantes, alterações que foram, igualmente, passíveis de ser observadas e registadas pelas dinamizadoras ao longo da intervenção. Para além deste facto, a possibilidade de realizar o programa na escola frequentada pelas crianças permitiu um nível de adesão substancial (não era necessário que os participantes se deslocassem a um local adicional) e a existência de um conjunto de aliados ao projeto e de fontes de informação contínua, na pessoa de alguns dos funcionários da comunidade escolar.

Em termos do estado emocional e comportamental das crianças, e estabelecendo uma análise comparativa entre os dois grupos, parecem verificar-se claras diferenças, entre os grupos e entre o antes e o depois da aplicação. O GI, composto por crianças com resultados mais elevados na escala de avaliação do comportamento, considerados, portanto, população clínica, apresentava – na sua generalidade – um grau de organização do pensamento e do comportamento deficitário, com grande agitação motora, impulsividade, agressividade entre elementos do grupo (de tipo verbal e físico). Parece-nos que este grupo se encontraria num estado pré-verbal/pré-simbólico – prévio do pensamento e

à palavra, respondendo no domínio do corpo e do comportamento –, e que estes comportamentos de desregulação representariam descargas de grande intensidade, potenciadas pela presença no grupo e pelas suas características, individuais e do grupo (terapêutico, semi-directivo, fomentador da exploração e da expressão emocionais e não-repressivo ainda que com o estabelecimento de limites claros). De facto, por difíceis que fossem estes comportamentos, é amplamente defendido que a existência de uma atmosfera de aceitação sem crítica, compreensão e respeito conduz a maiores sentimentos de confiança e de coesão grupal (Reid, 1993), não obstante a necessidade de impedir a ocorrência de comportamentos considerados como intoleráveis – porque perigosos, denegridores e destrutivos. A capacidade de ouvir, pensar, elaborar as experiências vividas e empatizar com o outro, criança ou adulto, era substancialmente menor (do que no GP), sendo as falhas no processo de mentalização e na teoria da mente evidentes. De igual forma, as situações de teste à relação e à qualidade do vínculo eram muito frequentes, dirigidas aos adultos e particularmente na segunda fase do programa, se o dividirmos cronologicamente em três partes: início, meio e fim. De um ponto de vista psicopatológico, neste grupo assistíamos a mais e mais violentas projeções e mais identificações projetivas, mais clivagens, idealizações e desvalorizações maciças e voláteis, maior difusão da responsabilidade e da identidade, mais ataques ao pensamento e a existência de sentimentos e comportamento de inveja destrutiva perante o (que é do) outro, fazendo-nos pensar a obra de M. Klein (1952/1987) e a forma como é descrita a posição esquizo-paranóide.

Por outro lado, o GP apresentou um perfil de comportamento diferente do anterior. Se, em verdade, não possamos negar que se tratavam – também – de crianças com grande inquietude e que inicialmente se apresentavam ainda mais agitados do que os indivíduos do grupo anterior, facto é que o número de comportamentos agressivos e impulsivos era substancialmente menor e que o grupo passou a exercer um papel de regulador de si mesmo muito mais cedo e mais eficazmente do que o GI. Ainda que a avidéz relacional e a agitação fossem significativos, a palavra ia substituindo o comportamento de forma mais frequente do que no outro grupo. A identificação e a empatia surgiram e podemos afirmar que se tratava de um grupo mais coeso, com sentimentos de pertença

e empatia. Se em relação ao GI referimos que se trataria de um estágio pré-verbal, neste grupo parecia já ser possível aceder à simbolização, verificando-se grandes diferenças comportamentais entre o início e o término da intervenção no estado global do grupo e no funcionamento da maioria dos seus membros. Referimos a maioria porque, à semelhança do que acontecia no GI, uma grande parte das crianças requeria uma atenção exclusiva e diferenciada e as crianças particularmente menos organizadas emocionalmente eram mais reativas a esta menor disponibilidade do adulto, reagindo ora com alheamento e afastamento ora com ataques ao grupo ou à relação com os adultos dinamizadores. Estes aspetos remetem-nos para a constituição da amostra e a dimensão dos grupos. Pareceu-nos termos assistido a um fenómeno inicialmente não previsto: mesmo que o preenchimento dos questionários por parte dos pais/cuidadores tenha sido efetuado, quando solicitado, com a ajuda da equipa de investigação, a verdade é que muitos destes não percebiam o comportamento dos filhos como desadequado, na sua existência, tipo, frequência ou intensidade, diferindo muito em relação à opinião evidenciada pelos docentes, o que levou a respostas na escala de comportamento (CBCL) muito aquém do que era depois observado nas sessões e descrito pela comunidade escolar, tendo, porventura, afetado a constituição da amostra e a forma como foram dispostos os participantes por grupo.

Do ponto de vista da relação com as dinamizadoras, muitas vezes percebidas como figuras parentais que representavam uma autoridade a ser testada e as fronteiras ameaçadas, foram sendo observadas nuances diferentes ao longo da intervenção, e transversalmente entre grupos. Num polo primário – negativo, porventura – verificaram-se movimentos de ataque, fuga, idealização, desvalorização, invasão, afeto indiferenciado, que foram dando lugar a representações mais globais, completas e adequadas (não-clivadas), a identificações, à manutenção melhor aceite de fronteiras, a afeto dirigido e à existência de situações de curiosidade espontânea e ajustada sobre as terapeutas, à medida que a ligação se revestia de maior segurança, confiança e robustez. Ainda assim, as situações de interrupção letiva, de não-existência de sessão ou de ausência de uma das dinamizadoras eram, durante grande parte da intervenção, muito sentidas e assinaladas pelos elementos dos gru-

pos (à semelhança do referido noutros trabalhos, como o de Esquina et al, 2013), e particularmente como despertando sentimentos de angústia, perda, esquecimento ou abandono (Villanueva, Franco, Buruchaga & Ruiz, 2007). Não obstante as melhorias que observamos, ouvimos e esperamos encontrar vertidas nas avaliações psicométricas seguintes e, bem assim, mantidas interna e externamente na vida destas crianças, percebemos, também, que, tal como refere Reid (1999), a intervenção em grupo pode funcionar como um precursor da psicoterapia individual, preparando o indivíduo para uma maior regulação comportamental, uma superior capacidade de estar em relação, de ouvir, elaborar e integrar o outro e os seus estados emocionais e comportamentais, situação que recomendamos a alguns dos participantes.

Olhando para trás, a crença de que ninguém cresce sozinho e de que precisamos de um punhado de relações seguras, estimulantes, adequadas, previsíveis, protetoras e, já agora, divertidas e suficientemente boas, ambas no sentido Winnicottiano, para crescer do fora para dentro, por dentro e por fora, sai reforçada. Tal como esperámos, o grupo agiu sobre estas crianças, sobre as suas famílias e sobre a comunidade escolar, mas também sobre esta equipa que espera seguir crescendo com o alargamento das intervenções em grupo como resposta terapêutica para um espectro alargado de sintomas e funcionamentos clínicos, acreditando sempre que a promoção da saúde mental na infância se trata de um imperativo social.

Referências

- Carvalho, A., von Amann, G., Almeida, C., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., ... Marta, F. (2016). Saúde mental em saúde escolar: Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retrieved from http://aesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826_DGS_Manual_Sa%C3%BAde_Mental_em_Sa%C3%BAde_Escolar.pdf
- Costello, E.J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 972-986.
- Crim, E. (2011). De la consulta a la psicoterapia de grupo. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51(52), 84-102.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Silva, P., Alves, M., & Pires, P. (2013). Reflexões sobre uma in-

- tervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações de comportamento no contexto da área de dia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35(II), 53-70.
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools: Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377–387.
- Ferreira, T. (1990/2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Freud, S. (1905/1996). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kernberg, P. & Chazen, S. (1991). *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1987). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In R. Money-Kyrle (Ed.), *Envy and gratitude and other works* (pp. 61-93). London: Hogarth Press & Institute of Psycho-Analysis.
- Nabais, A., & Guerreiro, E. (2005). A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência. In Vidigal, M. (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 215-236). Lisboa: Trilhos Lisboa.
- Paulus, F.W., Ohmann, S., & Popow, C. (2016). Practitioner Review: School-based interventions in child mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1337-1359.
- Reid, S. & Kolvin, I. (1993). Group psychotherapy for children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 69, 244-250.
- Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Lisboa: Climepsi.
- Trzesniewski, K.H., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., & Maughan, B. (2006). Revisiting the association between reading achievement and antisocial behavior: New evidence of an environmental explanation from a twin study. *Child Development*, 77, 72-88.
- Vidigal, M.J. (2007). Comentários à conferência de François Sacco: Interventions en groupe et de groupe avec les enfants et les adolescents. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 22, 65-73.
- Villanueva, A., Franco, Y., Buruchaga, I., & Ruiz, M. (2007). Entre la acción y el pensamiento: el grupo terapêutico. *Cuadernos de Psiquiatria y Psicoterapia del Niño y del Adolescent*, 43/44, 117-126.