



FACULDADE DE SINOP
CURSO DE PSICOLOGIA

DAINARA COELHO FERRAZ

**PSICOTERAPIA DE GRUPO COM CRIANÇAS QUE APRESENTAM
COMPORTAMENTO AGRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO**

Sinop/MT

2018

DAINARA COELHO FERRAZ

**PSICOTERAPIA DE GRUPO COM CRIANÇAS QUE APRESENTAM
COMPORTAMENTO AGRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado à
Banca Avaliadora do Departamento de
Psicologia da Faculdade de Sinop – FASIPE,
para a obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Prof^ª.: Esp. Carla Florido
Bertocco

**Sinop/MT
2018**

DAINARA COELHO FERRAZ

**PSICOTERAPIA DE GRUPO COM CRIANÇAS QUE APRESENTAM
COMPORTAMENTO AGRESSIVO: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia-
FASIPE, Faculdade de Sinop para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 05/12/2018:

Esp. Carla Florido Bertocco
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – FASIPE

Esp.: Franciele Longhi
Professor Avaliador
Departamento de Psicologia – FASIPE

Me.: Marli Chiarani
Professor Avaliador
Departamento de Psicologia – FASIPE

Esp. Cleoní Carmen Regauer
Coordenadora do Curso de Psicologia
FASIPE – Faculdade de Sinop

**Sinop/MT
2018**

DEDICATÓRIA

- Dedico à minha família que sempre esteve presente em minha vida, apoiando-me durante todo o período de formação acadêmica.
- Aos professores que fizeram parte desta trajetória transmitindo todo o seu conhecimento.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus por me dar sabedoria para concluir este trabalho;
- À orientadora, que se dedicou junto comigo para a execução deste trabalho;
- Aos demais professores que transmitiram o conhecimento necessário para o desenvolvimento do tema proposto.

EPÍGRAFE

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto para mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente”

B. F. Skinner

FERRAZ, Dainara Coelho. **Psicoterapia de grupo com crianças que apresentam comportamento agressivo**: um estudo de caso. 2018, 65p. Trabalho de Conclusão de Curso FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo no comportamento de um grupo de crianças com características agressivas e, desta forma, identificar os fatores que as leva a ativar a raiva. O atendimento aconteceu na clínica-escola da faculdade FASIPE, em um total de 12 sessões estruturadas, com foco em realizar uma psicoeducação sobre essas ações e proporcionar medidas, de modo a possibilitar a solução de seus problemas, reduzindo as respostas agressivas. Para isso, também foram realizadas sessões de orientações com os responsáveis, para que eles pudessem entender os problemas e auxiliar na manutenção de respostas positivas. Utilizou-se livros de histórias sobre os tipos de pensamentos, sentimentos, emoções e raiva, para que a psicoeducação pudesse ser realizada. Também foram utilizados materiais que auxiliam no entendimento de soluções de problemas para que, quando confrontados, saibam como lidar e também dinâmicas para o controle de raiva. Foi possível identificar os fatores que geram agressividade, os quais estão inseridos no contexto psicopatológico e ambiental. O trabalho de psicoeducação obteve respostas positivas, demonstrando a evolução das amostras, tanto quanto, a melhora na visão dos cuidadores em relação ao comportamento e a criança. Pode-se concluir, então, que um trabalho psicoeducativo, estruturado e com focos específicos dá possibilidade de intervenção, modificação e manutenção de comportamentos.

Palavras-chave: Agressividade. Comportamento. Psicoterapia.

FERRAZ, Dainara Coelho. **Group psychotherapy with children with aggressive behavior: a case study.** 2018. 65p. Course Conclusion Paper FASIPE - Faculty of Sinop.

ABSTRACT

The objective of this paper is to conduct a study on the behavior of a group of children with aggressive characteristics and, in this way, identify the factors that lead them to activate anger. The service took place at the FASIPE college school-clinic, in a total of 12 structured sessions, focusing on a psychoeducation about these actions and providing measures, in order to enable the solution of their problems, reducing the aggressive responses. To this end, it was also held orientation sessions with those responsible so that they could understand the problems and assist in the maintenance of positive responses. It was used storybooks about the types of thoughts, feelings, emotions and anger, so that psychoeducation could be carried out. It was also used materials that help in understanding problem solutions so that, when confronted, they know how to deal with and also dynamics for anger control. It was possible to identify the factors that generate aggressiveness, which are inserted in the psychopathological and environmental context. The work of psychoeducation obtained positive answers, demonstrating the evolution of the samples, as well as the improvement in the view of the caregivers in relation to the behavior and the child. It can be concluded, then, that a psychoeducational work, structured and with specific focuses gives possibility of intervention, modification and maintenance of behaviors.

Keywords: Aggressiveness. Behavior. Psychotherapy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Demonstrativo dos Fatores Identificados.....	41
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Demonstrativo das Sessões e Procedimentos Realizados com as Crianças.....	37
Quadro 2- Demonstrativo das Sessões e Procedimentos Realizados com os Responsáveis.....	38

LISTA DE SIGLAS

CDI	Inventário de Depressão Infantil
CEAPP	Centro de Atendimento e Pesquisa em Psicologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM-V	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – 5
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDAH	Transtorno e Déficit da Atenção e Hiperatividade
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa.....	14
1.2 Problematização	15
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Geral.....	15
1.3.2 Específicos	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 História e Evolução da Psicologia.....	16
2.2 Psicologia do Desenvolvimento Infantil e Adolescência.....	17
2.2.1 Primeira Infância.....	18
2.2.2 Segunda Infância.....	19
2.2.3 Terceira Infância.....	19
2.2.4 Adolescência	20
2.3 Agressividade na Infância e Adolescência.....	20
2.3.1 Transtorno e Déficit da Atenção e Hiperatividade.....	21
2.3.2 Transtorno de Oposição Desafiante.....	22
2.3.3 Transtorno de Conduta.....	23
2.4 Psicoterapia de Grupo.....	23
2.5 Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos Históricos.....	25
2.6 Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes.....	28
2.6.1 A Utilização de Técnicas da TCC no Atendimento de Crianças e Adolescentes.....	29
2.6.2 Orientação para os Cuidadores.....	31
3. METODOLOGIA	33
3.1 Tipo de Pesquisa.....	33
3.2 População e Amostra.....	34
3.3 Coleta de Dados.....	34
3.3.1 Seleção de Pacientes: Análise de Prontuários e Triagem.....	34
3.3.2 Entrevista Estruturada: Anamnese.....	35
3.3.3 Inventário de Depressão Infantil: CDI.....	35
3.4 Considerações Éticas.....	35
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS.....	37
4.1 Coleta de Dados.....	37

4.2 Análise de Dados.....	39
4.2.1 Caracterização das Amostras Estudadas.....	40
4.2.2 Identificação dos Fatores Ativadores da Agressividade.....	41
4.2.3 Evolução e Resultado das Amostras.....	43
4.2.4 Resultado das Sessões com os cuidadores.....	45
4.3 Discussão	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	55
5.1 Anexo I - Entrevista Estruturada - Anamnese.....	56
5.2 Anexo II - Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	61
5.3 Anexo III - Contrato de Atendimento com Crianças.....	64
5.4 Anexo IV - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65

1. INTRODUÇÃO

Nota-se que na sociedade atual, o número de crianças agressivas vem aumentando. Os fatores que desenvolvem essa agressividade podem ser: ambientais, psicológicos, hereditários, entre outros. O fato é que o número é expressivo, saindo do ambiente familiar para o social, em que as crianças passam a agredir seus professores, amigos, e demais pessoas que ousarem desafiá-los (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008).

Nesse campo, a Psicologia demonstra grande parceria para auxiliar essas crianças a enfrentarem tais situações e orienta os pais em como podem agir para não reforçar as atitudes delas.

A Psicologia como ciência, tem registros a partir de 1879, porém, desde a Grécia antiga, período dos Filósofos, encontramos registros do que hoje temos como a Psicologia. De 1879 em diante ela foi evoluindo, estudos foram aprofundados, e ainda hoje, muito se busca sobre ela. Muitos foram os estudiosos renomados que auxiliaram em seu crescimento enquanto ciência. E hoje, podemos observar um vasto campo de diversas linhas teóricas que a fundamentam (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2009).

Uma das ferramentas para desenvolver esse tratamento dentro da Psicologia é a psicoterapia de grupo, que irá ajudar no desenvolvimento de empatia do sujeito, bem como adquirir percepções de que não é um problema apenas dele, mas de outros também, dentre muitos benefícios mais (CORDIOLI et al., 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma dessas correntes e apresenta uma base teórica que auxilia muitos profissionais da área de Psicologia, para que possam trabalhar este assunto de forma eficiente, apresentando as melhoras nos indivíduos. Ela surgiu, aproximadamente, em 1960, de forma estruturada e breve para modificar pensamentos e comportamentos (BECK, 1997).

E, assim como a Psicologia, ela foi crescendo e evoluindo, e hoje, além de trabalhar pensamentos e comportamentos, também trabalha as emoções, patologias, sofrimento psíquico,

etc., sempre de maneira estruturada, baseada em técnicas e/ou testes aprovadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), confirmando a sua validade e eficiência no tratamento dos indivíduos.

É com o desenvolvimento humano que se notam características que identificam fatores, os quais desencadeiam comportamentos agressivos. Quando mal elaboradas, as etapas podem trazer vários problemas.

Tais atitudes contradizem toda a ilusão que se cria diante da descrição do que é uma criança. De doce, gentil, carinhosa, passa para malcriada, desobediente, briguenta. Esse sujeito não é compreendido e, muitas vezes, torna-se assim para chamar a atenção de quem é responsável por ele (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008).

Dessa forma, pretende-se mostrar, ao final desse trabalho, como pode ser realizado o trabalho com essas crianças, ajudando-as a enfrentarem suas raivas, bem como controlá-las. Auxiliar os pais, em como devem agir mediante tais problemas, reforçando as crianças nas atitudes boas e eliminando as atitudes ruins.

Nos próximos capítulos serão abordados, o referencial teórico utilizado para fundamentar a pesquisa. Os procedimentos metodológicos de coleta de dados, apresentação das amostras, análise do material obtido, bem como, os resultados alcançados.

1.1 Justificativa

Quando se refere a crianças, o primeiro pensamento que se tem é de um ser doce, ingênuo, gentil, carinhoso. E a agressividade que, desenvolvida em alguns desses sujeitos, vem quebrando todos esses paradigmas, fazendo com que as pessoas os vejam como mal-educados, chatos, birrentos, etc.

É importante que seja realizado um estudo sobre a agressividade na infância, principalmente devido aos grandes ocorridos na atualidade. Apontar os índices do motivo pelo qual está ocorrendo esses fatores, trabalhar com as crianças e orientar os pais que, muitas vezes, não sabem dar limite a esses filhos, justamente por acreditarem que se trata de uma criança malcriada.

A Psicoterapia, baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, vem justamente no auxílio desses pais de como lidarem com essas situações, tanto quanto, para ajudar a criança a compreender o que está acontecendo e saber como enfrentar os sentimentos de raiva que surgem.

1.2 Problematização

Uma das principais queixas hoje, nas escolas, é quanto à agressividade presente nas crianças, tanto voltada para seus professores como para os colegas, a origem dessas atitudes se dá por vários motivos e parte dessa agressividade surge em casa e os pais não estão conseguindo limitar seus filhos e controlar esses comportamentos.

Antigamente, as mães permaneciam em casa e participavam diretamente da educação de seus filhos, o que, muitas vezes, tornava-se uma tarefa somente delas. Com toda a modernidade e a mulher indo para o campo de trabalho, esse ambiente modificou. As crianças passam parte do tempo na escola e outro período com babás e, dependendo da situação, até mesmo sozinhas. Sem alguém para monitorar suas tarefas, acabam tendo contato com desenhos inadequados para sua idade e, muitas vezes, que influenciam a agressividade, jogos de vídeo game, filmes, entre outros.

Questiona-se neste trabalho: é possível reduzir comportamentos agressivos utilizando-se da Psicoterapia de Grupo com base na Terapia Cognitivo-Comportamental?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Realizar um estudo de caso de um grupo de crianças que apresentam comportamentos agressivos.

1.3.2 Específicos

- Realizar um estudo teórico sobre os fatores que levam à agressividade na infância;
- Identificar um grupo de crianças agressivas;
- Elaborar sessões que promovam a redução dos comportamentos agressivos;
- Utilizar a Teoria Cognitivo-Comportamental para buscar a redução de tais comportamentos, apresentando mecanismos de solução de problemas para evitar respostas agressivas;
- Proporcionar melhor qualidade de vida e desenvolvimento para essas crianças;
- Orientar os cuidadores sobre como podem agir mediante a essas situações.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo irá explanar informações teóricas que fundamentam esta pesquisa, iniciando com a história e evolução da Psicologia, bem como da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Falará sobre o desenvolvimento infantil e o processo que leva a criança ao comportamento agressivo, além de mostrar transtornos relacionados a ele, como o Transtorno e Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiante Opositor (TDO) e Transtorno de Conduta. Será apresentado também, como a TCC trabalha com crianças em grupo, suas técnicas e procedimentos, e por que é feita a orientação com os pais.

2.1 História e Evolução da Psicologia

A Psicologia, como ciência, tem início na Alemanha, datada ao final do século XIX, na Universidade de Leipzig, quando vários estudiosos, de outros países, emigraram para a Alemanha a fim de aprofundar seus estudos na área. Entre eles, Edward B. Titchner e Willians James (JACÓ-VILELA; FERREIRA; PORTUGAL, 2006). Porém, há registros de estudos muito antes desse acontecimento.

Observa-se as raízes da Psicologia na Grécia Antiga. O termo Psicologia, vem do grego *psyché*, que significa alma, e de *logos*, que significa razão, ou seja, “estudo da alma”. Muitos anos antes de a Psicologia ser efetivada como ciência, os filósofos gregos já tinham elaborado duas “teorias”: a platônica, “razão imortal separada do corpo” e a aristotélica, “razão mortal e pertencente ao corpo”. Já o filósofo britânico J. Locke acreditava que as crianças eram “Lousas vazias”, o que contrastava com as ideias de Platão e também do filósofo francês René Descartes, os quais acreditavam que parte do conhecimento já nasce no ser humano (FELDMAN, 2008).

No período do Império Romano e Idade Média, também surgiram dois estudiosos que contribuíram para os estudos de mente e corpo. Santo Agostinho (354-430), inspirado em

Platão, também postulava que alma e corpo eram dissociados e que a alma era uma manifestação divina no homem. Referia a alma como imortal porque era o que ligava o homem a Deus. O outro estudioso foi São Tomás de Aquino, que viveu no momento em que a Igreja Católica sofreu um rompimento, surgindo assim o protestantismo. Este, baseava-se em Aristóteles, e dizia que o ser humano, em sua essência, faz uma busca pela perfeição por meio de sua existência (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

Foi nos Estados Unidos que a Psicologia ganhou forças e foi lá também que surgiram as primeiras abordagens teóricas, que são: o funcionalismo, o estruturalismo e o associacionismo. O Funcionalismo foi criado por William James, que considerava a consciência como o centro de suas preocupações e buscava a compreensão de seu funcionamento, na medida em que o homem a usa para adaptar-se ao meio. Já o Estruturalismo foi elaborado por Edward Titchener, visto como uma Psicologia introspectiva. Ele assinalou uma analogia entre a Psicologia e a Biologia. E, por último, o Associacionismo: três estudiosos contribuíram nesse movimento, Hermann Ebbinghaus, I. P. Pavlov, porém, quem desenvolveu a teoria mais completa foi, Edward L. Thorndike, o qual considera que a aprendizagem se dá através de uma associação de ideias. Thorndike é considerado um possível formulador de uma primeira teoria da aprendizagem (MARX; HILLIX, 2008).

É muito difícil definir um único objeto de estudo para a psicologia, uma vez que ela lida com o ser humano, e diminuir esse ser tão complexo a apenas um objeto seria impossível. Sendo assim, a psicologia estuda o indivíduo através de sua subjetividade que é um “mundo de ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, p. 41). Portanto, a subjetividade não é inata, ela é constituída por meio da vivência e se aprimora de acordo com o aprendizado cultural e social de cada indivíduo.

2.2 Psicologia do Desenvolvimento Infantil e Adolescência

O relógio biológico presente em nosso corpo físico e no código genético encontra-se em todos os seres humanos, é responsável pelo desenvolvimento do organismo durante toda a vida e nunca acontece de forma pura, sofrendo alterações causadas pelo ambiente (DE MARCO et al., 2012).

Os seres humanos passam por diversos ciclos em sua vida, dentre eles, o desenvolvimento na infância, o qual podemos dizer que é o mais importante, uma vez que é

nesse período que as informações cognitivas, físicas e psicossociais são formadas. Estudar e conhecer o desenvolvimento humano é de suma importância para que possam ser identificados certos problemas, que podem ter sido gerados a partir de algo que não foi formado corretamente durante a infância (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Quando se fala do desenvolvimento que gera a agressividade, percebe-se que se trata de algo inato do ser humano, no qual esteve presente desde sempre. O que diferencia é a forma com que o indivíduo foi capaz de lidar com ela. Fariz, Mias e Moura (2005, apud BARROS; SILVA, 2006, p. 56) afirmam que:

O comportamento agressivo é próprio da espécie humana e apresenta múltiplas configurações. Ele pode ser expresso pela via motora, através de movimentos de ataque ou fuga; pela via emocional, com a experimentação de sentimentos de raiva e ódio; pela via somática, como a apresentação de taquicardia, rosto ruborizado, além das demais reações autonômicas; pela via cognitiva, através de crenças de conquistas sem que importem os meios, planos de ação que envolvem a manipulação do meio; e finalmente, a via verbal, da qual o indivíduo vai utilizar-se do sentido das palavras para expressar controle em relação aos outros.

2.2.1 Primeira Infância

A primeira infância tem início no nascimento e vai até o terceiro ano de vida. O desenvolvimento físico desse período constitui principalmente o crescimento do corpo e aumento do peso, aprende-se a controlar a musculatura e adquire-se habilidades sensoriais que vão se desenvolvendo. O desenvolvimento cognitivo tem como principais características, a fase sensório-motor, comportamento de adaptação e imitação para o aprendizado. E o desenvolvimento psicossocial apresenta os temperamentos inatos (aqui se pode observar que, se não for bem trabalhada, a criança pode apresentar um comportamento agressivo, bem como certa rigidez em relação a aceitar e seguir regras; tais temperamentos podem ser observados quando as crianças querem tudo na hora, “fazem birra” e encontram dificuldade em se adaptar à rotina imposta pelos pais). Há também no desenvolvimento psicossocial, uma profunda relação entre mãe e bebê, assim como a distinção, por parte da criança, das pessoas ao seu redor: quem é mãe, quem é pai, quem é vó, quem é vô, etc. (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Segundo Del Prette, A. e Del Prette, Z. (2003, p. 236), “na primeira infância, a pobre monitoração e a disciplina dos pais levam a desenvolver uma criança com problemas iniciais de conduta e baixa auto-estima”.

“O processo para uma criança se tornar agressiva é gradual. Primeiro ela expressa suas necessidades de modos mais sutis, mas geralmente os adultos não prestam atenção enquanto ela não exagera seus comportamentos” (FRANÇA; YAEGASHI, 2005, p. 13).

2.2.2 Segunda Infância

A segunda infância ocorre entre as idades de 3 a 6 anos, em que a criança deixa de ser um bebê, período de muitas transformações físicas, motoras, cognitivas e emocionais (DE MARCO et al., 2012).

O desenvolvimento físico, nesse período, apresenta um crescimento mais lento que na fase anterior, seus funcionamentos fisiológicos encontram-se todos amadurecidos, apresenta a definição de lateralidade, seu nível do sono é alterado e recebe habilidades motoras grossas. Quando se trata do desenvolvimento cognitivo, percebe-se que essa criança apresenta consciência no processo de aprendizado, adquire funções simbólicas, sua fala é privada, apresenta formação de lembranças e representações. Essa também é a fase pré-operacional do sistema cognitivo. No desenvolvimento psicossocial, a criança adquire autoconceito, ou seja, se reconhece, sua autoestima começa a fazer sentido nessa idade, faz regulação das emoções, o seu brincar já apresenta fantasia e aprendizado e já identifica as diferenças entre menina e menino (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De acordo com Del Prette, A. e Del Prette, Z. (2003, p. 237), “na infância média, quando as crianças já estão na escola, experimentam rejeição dos pares, dos pais, depressão e fracasso escolar”.

2.2.3 Terceira Infância

A terceira infância, que é a fase em que se encontram a maior parte do grupo. "As crianças nessa idade têm capacidade cognitiva de formar sistemas representacionais: autoconceitos abrangentes que incorporam diferentes aspectos de sua identidade" (DE MARCO et al., 2012, p. 207).

O crescimento nessa fase é mais lento, forma-se o fortalecimento muscular, aprimoramento de habilidades motoras finas, o predomínio da resistência imunológica e um crescimento mais lento, são algumas das características do desenvolvimento físico nessa idade. Já o desenvolvimento cognitivo, apresenta um amadurecimento das funções executivas, senso de moral e começa a aparecer talentos especiais (música, dança, pintura, etc.), essa é a fase operacional concreta em que apresentam “um melhor entendimento dos conceitos espaciais, causalidade, categorização, raciocínio indutivo e dedutivo, conservação e números” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 324).

Segundo De Marco et al. (2012, p. 2007), as “autodescrições são mais equilibradas, uma vez que comparam seu eu ideal com o seu eu real”. O desenvolvimento psicossocial dessa fase apresenta maior percepção do eu, co-regulação e uma autonomia gradativa, sua interação social é intensa e diversa, pois é nessa fase que se desenvolve a maior parte de comportamentos agressivos.

Nessa idade, as crianças passam a ir à escola, entram em contato com outras crianças, isso é muito bom quando se fala de interação social, empatia e altruísmo, porém, para muitas crianças, isso pode tornar-se um período traumático. O *bullying*, que é o mais recorrente na nossa atualidade, desenvolve a agressividade tanto em quem pratica, como em quem recebe, podendo tanto partir para a agressão como forma de defesa, mas também, se retraindo, podendo ser manifestadas outras patologias, como a depressão infantil (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Numa concepção psicológica das fases do desenvolvimento humano, tende-se a definir a adolescência, localizada cronologicamente entre a infância e a fase adulta, como uma etapa evolutiva de extrema importância, por nela ocorrer o início e a intensa agudização da maturação física, cognitiva, emocional e social do indivíduo, embora o processo de desenvolvimento se estenda à vida toda (GUIMARÃES; PASIAN, 2006, p. 89).

2.2.4 Adolescência

Na adolescência, o desenvolvimento cognitivo se apresenta mais evoluído que no infantil, onde estão alcançando o estágio operatório-formal, são capazes de utilizar o pensamento hipotético-dedutivo, acabam criando, nessa fase, sua linguagem própria. No desenvolvimento físico, pode-se observar a mudança em seu corpo, uma vez que é nessa fase que passam pela puberdade, em que diversas mudanças ocorrem, voz, altura e estrutura. O desenvolvimento psicossocial dessa fase passa por diversas questões. Com toda essa mudança física e puberdade, muitas coisas se alteram, como humor e relacionamentos. Começam a selecionar suas amizades de acordo com os interesses. O relacionamento com a família torna-se difícil, já que começam a pensar por si só e passam a não querer interferência, o que acaba gerando brigas, conflitos e agressões (PAPALIA; FELDMAN, 2010).

“Na adolescência, com o envolvimento em grupos de pares desviantes, há o ingresso na delinquência, acompanhado do uso de drogas” (DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z., 2003, p. 237).

2.3 Agressividade na Infância e Adolescência

Crianças que apresentam esses padrões de comportamento recebem menos atenção do que quando se fala de outros problemas relacionados à saúde. Esses sujeitos são tarjados como “mal-educados”, “difíceis” e “criança-problema”, e não vistos como um possível problema que pode ser solucionado, ou, ao menos, reduzido quando se busca um tratamento. Nas escolas e em casa, esses indivíduos acabam sendo expostos e absorvendo para si esses rótulos, o que os torna muito mais difíceis de serem tirados depois. O indivíduo se acostuma em ser assim e cada vez se tornará mais intenso esse comportamento. A agressividade torna-se um problema de saúde mental da criança, e os profissionais da área acabam identificando e tratando, porém, a melhor forma de tratamento seria a prevenção (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008).

O modelo que segue uma sequência de ação e reação no ambiente social e coloca a criança com maior risco, em longo prazo, a um mau ajustamento social e criminal abrange quatro estágios, a saber:

Na primeira infância, a pobre monitoração e a disciplina dos pais levam a desenvolver uma criança com problemas iniciais de conduta e baixa autoestima.

França e Yaegashi (2005, p. 12) reafirmam essa perspectiva:

Os adultos não gostam do comportamento de crianças que são extremamente irrequietas, impulsivas, desobedientes, que falam alto, interrompem a aula com frequência, cutucam e provocam os outros. No entanto, esses comportamentos precisam ser vistos em perspectiva, já que ocorrem num sistema com um duplo padrão entre crianças e adultos.

Segundo Vieira, Mendes e Guimarães (2009, p. 544) “o comportamento agressivo é uma das conseqüências da inevitável competição por recursos naturais e por parceiros sociais e reprodutivos”. Muitas vezes, esse comportamento se associa ao que ele vive em casa, como afirma Bolsoni-Silva e Marturano (2002, p. 227-228):

Conseqüentemente, comportamentos coercitivos são diretamente reforçados pelos membros da família, levando a criança a utilizá-los, possivelmente, para sobreviver neste sistema social aversivo. Além disso, os filhos expostos à violência por longos períodos, freqüentemente comportam-se de forma agressiva e, quando são criados em condições negligentes, tornam-se pouco tolerantes à frustração, com pouca motivação para seguirem normas sociais e relativamente imunes ao remorso.

Quando essas crianças ingressam na escola, vão repetir tais comportamentos que serão reforçados quando tem professores que não estão prontos para essa realidade, o que vai gerar todo um estresse em ambas as partes (aluno e professor).

Esse comportamento agressivo gera alguns transtornos relacionados ao tema. Na sequência, será mostrado os principais transtornos de comportamento.

2.3.1. Transtorno e Déficit da Atenção e Hiperatividade

O Transtorno e Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH), acabou tornando-se um diagnóstico dado a qualquer criança que apresenta um comportamento mais acelerado, mesmo que não passe por uma avaliação de um profissional. Esse transtorno precisa passar por uma avaliação neurológica, psiquiátrica, psicológica ou pediátrica, dependendo da especialidade e é necessário ser feita uma investigação aprofundada do caso e só assim, poderá ser dito que a criança é portadora do transtorno (informação verbal)¹.

O TDAH pode ser genético, apresentando um fator de 80% hereditário, ou seja, algum familiar próximo pode ter o transtorno. Ele “é uma condição crônica geralmente caracterizada por uma desatenção persistente, tendência à distração, impulsividade, pouca tolerância a frustração e uma intensa atividade no momento e no lugar errado” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 347).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-V), ele encontra-se dentro dos transtornos do neurodesenvolvimento, e seus critérios são separados em desatenção e hiperatividade/impulsividade, e para cada um, é necessário seis ou mais critérios para ser diagnosticado com o TDAH. Sua prevalência, na maioria das culturas, é de 5% para crianças e 2,5% para adultos (DSM-V, 2014).

O seu tratamento ocorre geralmente com medicamentos, que se torna a primeira medida, a terapia que irá abordar, quando falamos de Terapia Cognitivo-Comportamental, a psicoeducação, manejo dos problemas e treinamento em habilidades sociais e estratégias de enfrentamento (RANGÉ et al., 2011).

2.3.2 Transtorno de Oposição Desafiante

O Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) apresenta-se na infância, antes dos 8 anos de idade e, possivelmente, é o que desenvolve comportamentos transgressores nos jovens. O DSM-V apresenta critérios utilizados para formular o diagnóstico desse problema. É necessário que apresente esses sintomas pelo mínimo de 6 meses e que apresente algum prejuízo significativo para esse indivíduo (DSM-V, 2014).

Para o diagnóstico de TOD são necessários pelo menos quatro dos seguintes sintomas: 1) encoleriza-se frequentemente; 2) discute com adultos ou figura de autoridade; 3) costuma desafiar as regras dos adultos; 4) faz coisas deliberadamente para aborrecer a terceiros; 5) culpa os outros pelos seus próprios erros; 6) se sente ofendido com facilidade; 7) tem respostas coléricas quando contrariado; e 8) é rancoroso e vingativo quando desafiado ou contrariado (GREVET et al., 2007, p. 35).

¹ Dr. Gustavo Estanislau. Médico Psiquiatra. Esp.: Psiquiatria da Infância e Adolescência. Coordenador do Projeto Cuca Legal - São Paulo.

Esse comportamento pode ocorrer somente em casa e pode apresentar em indivíduos que não possuem o transtorno, por isso, deve ser feita a avaliação correta, com o profissional adequado. Sua prevalência ocorre de 1 a 11% e pode variar de acordo com a idade e o gênero da criança (geralmente ocorre mais no sexo masculino). “A característica essencial do transtorno de oposição desafiante é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa” (DSM-V, 2014, p. 463).

2.3.3 Transtorno da Conduta

No DSM-V (2014, p. 472) o Transtorno da conduta apresenta em seus portadores “comportamentos agressivos e reagem agressivamente a outras pessoas. Podem fazer provocações, ameaças ou assumir comportamento intimidador”. Geralmente tem início na infância e pode se estender para a fase adulta, que pode também ter sido o desafiante opositor na infância.

A prevalência gira em torno de 2 a 10%, dependendo da etnia. Ocorre mais em meninos que em meninas e são poucas as crianças que apresentam esse comportamento que são tratadas de forma adequada (DSM-V, 2014).

Seu tratamento consiste em “Detecção precoce, ação preventiva, intervenções psicossociais junto aos pais e à escola. Com relação aos psicofármacos, estes são indicados quando há comorbidades ou para alguns sintomas alvo” (MONDONI, 2006, p. 60).

2.4 Psicoterapia de Grupo

Não se sabe exatamente quando se iniciou as terapias de grupo. Bechelli e Santos (2004, p. 243) dizem que “deparamos com divergência de opiniões sobre os pioneiros, inclinação de alguns para atribuir a prioridade à determinada pessoa ou escola de pensamento e até mesmo distorções dos fatos”.

Entretanto, Cordioli et al. (2008, p. 38) afirma que:

Os primeiros grupos que se tem notícia foram os organizados por Pratt, por volta de 1922, em que ele reunia de 20 a 30 pacientes portadores de tuberculose para os quais fazia palestras uma ou duas vezes por semana. Entre outros Addler, Bion, Foulkes e Moreno se destacaram no estudo dos grupos.

Segundo Bechelli e Santos (2004, p. 248), “nos últimos 10 ou 15 anos, técnicas diversas desta modalidade de tratamento têm sido desenvolvidas para o atendimento de populações específicas de pacientes, com as mais diversas condições médicas e sociais”.

Se faz necessário a terapia de grupo quando se atende em uma instituição cuja demanda é muito grande e, foi desta forma que surgiram os primeiros atendimentos em grupos, para suprir a grande quantidade de pessoas que necessitavam de atendimento, sendo que, os profissionais eram reduzidos.

Realizar um trabalho grupal proporciona grandes vantagens. Yalom propôs um conjunto com 11 fatores terapêuticos do trabalho em grupo (Vinogradov; Yalom, 1992):

Instalação da Esperança: em grupo o paciente pode perceber a melhora dos outros pacientes, sendo assim, eles aumentam a esperança de sua melhora vendo que outras pessoas foram capazes de superar os seus problemas e que eles também são capazes de vencer; *A universalidade do problema:* quando o sujeito percebe que outras pessoas têm o mesmo problema ele melhora em várias questões pessoais, tais como o isolamento, vergonha e aos estigmas associados aos sintomas de transtornos mentais; *Compartilhamento de informações:* neste caso irá ocorrer quando o terapeuta ou até mesmo os membros fazem trocas de informações acerca do seu problema; *Altruísmo:* em grupo irá surgir um estímulo em um ajudar o outro, o que é algo inerente do ser humano; *Socialização:* com o grupo haverá a possibilidade de desenvolver uma habilidade social, devido ao fato do convívio em grupo e o compartilhamento dos seus problemas; *Comportamento imitativo:* o sujeito passará a imitar os comportamentos saudáveis apresentados pelos demais participantes do grupo; *Catarse:* dentro do grupo o participante adquire a possibilidade de alívio através da transmissão de emoções; *Recapitulação corretiva:* dentro do grupo o participante também poderá apresentar comportamentos primários que são aqueles que irá realizar em casa com os seus familiares, desta forma, esses comportamentos inadequados poderão ser corrigidos pelo terapeuta; *Fatores existenciais:* os problemas existenciais poderão ser abordados e, desta forma, auxiliar a pessoa a lidar com essas questões; *Coesão corporal:* por estar pertencendo a um grupo e ter afinidade com os membros facilita que o sujeito aceite os aspectos que não considera inaceitáveis em si próprio, além de estabelecer um relacionamento mais profundo com as outras pessoas; *Aprendizagem interpessoal:* auxilia na identificação de psicopatologias individuais que podem surgir durante o grupo quando são extensos, desta forma ela também poderá ser identificada e corrigida.

Segundo Coêlho e Barros (2011, p. 04):

Os elementos fundamentais na psicoterapia de grupo ocorrem no contexto de uma relação de confiança entre o terapeuta e o cliente; ocorre no contexto terapêutico, no qual o cliente acredita que o terapeuta o ajudará na solução dos seus problemas; e no aumento da capacidade de auto-reflexão do cliente.

Quanto a técnica utilizada, irá ocorrer uma variação de acordo com o *setting*, os objetivos e a duração dos grupos. No caso da terapia cognitivo-comportamental, objetivos da sessão serão claros e estruturados, bem como as sessões individuais. O tratamento será voltado para os problemas e sintomas ou manejo de alguma situação médica. Haverá inicialmente a verificação de humor ou dos sintomas, a revisão das tarefas de casa, o uso da psicoeducação, e será estimulado o registro e automonitoramento, além da aprendizagem social, por meio da troca de experiências e de depoimentos. As sessões podem variar entre semanal, quinzenal e até mesmo mensal (CORDIOLI et al, 2008).

2.5 Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos Históricos

A terapia cognitiva (TC) surgiu por volta dos anos de 1960, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente para modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. A partir desse período, tanto Beck como outros terapeutas passaram a adaptar a terapia, obtendo sucesso, modificando questões como foco, duração e tecnologia, porém, o referencial teórico permaneceu sendo o mesmo (BECK, 1997).

Segundo Falcone e Oliveira (2012) os fatores que contribuíram para o surgimento da Terapia Cognitivo Comportamental foram: o movimento de insatisfação com os modelos puramente comportamentais; rejeição aos modelos psicodinâmicos com dúvidas em relação à sua eficácia; e o desenvolvimento das ciências cognitivas.

Os primeiros escritos importantes e as primeiras abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento dos transtornos emocionais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Aaron Beck (1963, 1967; Beck et al., 1979), Albert Ellis (1962), Lazarus (1966), Meichenbaum (1973) e Mahoney (1974), entre outros (KNAPP et al., 2004, p. 19).

A TCC se utiliza de técnicas bem elaboradas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta e apresenta dez princípios que servem para todos os pacientes, são eles: 1- Se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos; 2- Requer uma aliança terapêutica segura; 3- Enfatiza colaboração e participação ativa; 4- É orientada em meta e focalizada em problemas; 5- Enfatiza o presente; 6- É educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída; 7- Visa ter um tempo limitado; 8- As sessões são estruturadas; 9- Ensina

os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais; 10- Utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento (BECK, 2014).

A TCC também possui atributos que contribuem para sua eficácia, são eles: caráter diretivo: foco na mudança, o terapeuta irá orientar e propor hipóteses ao paciente; estilo colaborativo: a participação ativa do cliente/paciente no processo, o que é essencial para que ele possa aderir ao tratamento, bem como demonstrar efeitos positivos; psicoeducação: consiste em desenvolver as habilidades e enfrentamento do cliente/paciente, desta forma, ele deverá aprender capacidades que o auxiliem a reconhecer e modificar seus padrões cognitivos emocionais e comportamentais que são o que mantêm seu sofrimento; natureza breve da terapia: as pesquisas avaliam e demonstram a eficácia da TCC mesmo em um curto período (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

De acordo com Abreu et al. (2012), essa abordagem terapêutica possui um embasamento teórico sólido e eficaz que se baseia nas crenças que temos sobre nós, sobre o futuro e sobre o mundo, chamada Tríade Cognitiva, cujo princípio é identificar as crenças, se apropriar delas e modificá-las para que possa ocorrer uma melhora no bem-estar emocional.

Partindo desse pressuposto, Beck (1997) fala sobre o *modelo cognitivo*, em que, a forma que as pessoas sentem quando passam por determinada situação configura a forma com que ela interpreta a si e o mundo. E é na infância que ela adquire crenças sobre si e, “essas crenças influenciam sua visão de uma situação, o que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta” (1997, p. 31).

A TCC busca identificar essas crenças, e os pensamentos automáticos para reestruturá-los. Eles fazem parte dos três níveis de cognição:

Os pensamentos automáticos:

São nível de cognição mais superficial na terapia cognitiva: são espontâneos, telegráficos, repetitivos e sem questionamento quanto a sua veracidade ou utilidade e são acompanhados de uma forte emoção negativa ante as mais variadas situações do cotidiano. Podem ser facilmente identificados pelos pacientes (RANGÉ et al., 2011, p. 22).

Esses pensamentos são “privativos ou não-declarados, e ocorrem de forma rápida à medida em que avaliamos o significado de acontecimentos em nossas vidas” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 19).

As crenças intermediárias representam as regras do paciente do tipo “se-então” influenciando em sua autoestima e em questões emocionais.

São o segundo nível de cognição criado por Beck em seu modelo: são regras e pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com ideias absolutas,

negativas e não adaptativas, que tem a seu respeito. Funcionam como um mecanismo de sobrevivência que auxiliam a lidar e se proteger da ativação extremamente dolorosa das crenças nucleares (RANGÉ et al, 2001, p. 22).

As crenças nucleares são as formas absolutas em que o indivíduo se utiliza para interpretar as informações ambientais que se relacionam com sua autoestima. Knapp et al. (2004, p. 22) afirma que:

Crenças nucleares (*core beliefs*) são as nossas ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo. As crenças são incondicionais, isto é, independente da situação que se apresente ao indivíduo, ele irá pensar do mesmo modo consoante com suas crenças.

Essas crenças são o terceiro e mais profundo nível de cognições e têm sua origem nas experiências infantis. Têm uma forma absoluta, negativa, rígida e inflexível sobre o que o indivíduo pensa sobre si; são mais difíceis de serem acessadas e modificadas (RANGÉ et al., 2001).

De acordo com Abreu (2012) os processos que mantém essas crenças, são chamados de erros cognitivos são distorções formadas pelo indivíduo sobre determinadas situações. Esses erros não permitem que o sujeito execute determinadas tarefas, atrapalhando o seu desenvolvimento. “O objetivo principal da terapia cognitiva é identificar e modificar os comportamentos e as crenças mal adaptativos. Uma variedade de abordagens terapêuticas pode ser usada na terapia cognitiva, incluindo técnicas comportamentais e cognitivas” (p. 57).

A TCC geralmente é breve possuindo duração entre 10 e 20 sessões, entretanto, quando se trata de transtorno de personalidade, ela é estendida por mais tempo. No início do tratamento o paciente é treinado a identificar e fazer o registro de seus pensamentos, bem como de suas crenças, para que, a partir daí, a intervenção possa ser feita (CORDIOLI et al., 2008).

Quando esses pensamentos são identificados, o terapeuta formula a conceitualização cognitiva, que, segundo Rangé et al. (2011), é fundamental para a terapia, pois, trata-se da habilidade clínica mais importante que o terapeuta precisa dominar. É a conceitualização que permite a compreensão de como o paciente se estruturou para sobreviver e como se protegeu de suas crenças negativas e do ambiente adverso. Para que fique bem elaborada é necessário que ela contenha alguns elementos: diagnóstico clínico do paciente; identificação dos pensamentos; crenças nucleares e intermediárias; as estratégias compensatórias e os dados relevantes sobre a sua história.

Depois de elaborar a conceitualização, o terapeuta fará a formulação de caso, que consiste em um instrumento fácil de construção para o profissional, auxiliando tanto o próprio

terapeuta como o paciente para acompanharem o processo, e é montado a partir dos princípios básicos da TCC (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

Para que os erros cognitivos, crenças e pensamentos distorcidos sejam corrigidos, várias outras técnicas são utilizadas como: o questionamento socrático, a “descastratofização”, o exame das vantagens e desvantagens, a retribuição ou ressignificação, geração de pensamentos alternativos, exposição, prevenção de rituais, modelação, role-playing, treino de assertividade, técnicas de relaxamento muscular e controle respiratório, planilhas de assertividade, ensaios comportamentais (CORDIOLI et al., 2008).

O terapeuta busca, de uma variedade de formas, produzir a mudança cognitiva - mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente -, visando promover mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 1997).

Para que haja um resultado terapêutico satisfatório, parte responsável são as características pessoais do terapeuta. De acordo com vários teóricos, o terapeuta precisa apresentar as seguintes qualidades: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança e flexibilidade na aplicação das técnicas (RANGÉ et al., 2011).

Além disso, o terapeuta deve tornar-se hábil em demonstrar alto grau de atividade durante as sessões, trabalhando com o intuito de utilizar todo o tempo da sessão, para isso, eles estruturam a sessão e desenvolvem uma formulação de caso e programam métodos da TCC (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

2.6 Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes

Inicialmente, a terapia cognitivo-comportamental era voltada somente para adultos, uma vez que os psicólogos do período acreditavam que as crianças não tinham maturidade intelectual para terapia, no entanto, com alguns anos, foram percebendo que tinha sim como modificar algumas coisas na mente das crianças, uma vez que seu funcionamento cognitivo funciona como com o adulto, porém, menos amadurecido. Sendo assim, cabe ao terapeuta adaptar, de acordo com a necessidade do sujeito, e aplicar o modelo cognitivo para o tratamento da criança (RANGÉ et al, 2011).

De acordo com Cordioli et al (2008), as primeiras aplicações da TCC em crianças e adolescentes tinham como foco problemas que incomodavam os adultos. Impulsividade na escola, questões comportamentais e o TDH, são exemplos do que era tratado na época. Alguns

anos depois, o tratamento passou a ser aplicado também em transtornos internalizantes como ansiedade e depressão.

Segundo Rangé et al. (2011), a conceitualização cognitiva também é realizada com as crianças, porém, ela apresenta alguns tópicos que se diferencia da efetuada com o adulto:

a) *Idade e desenvolvimento infantil*: o terapeuta deve avaliar com cuidado a idade e a capacidade dessa criança, para que seja feito o tratamento adequado;

b) *Informantes*: diferente do atendimento com adulto, a criança precisa de outros informantes para auxiliar nos dados sobre ela (pais, avós, babá, professor), uma vez que a criança ainda não consegue formular muita coisa sozinha para responder aos questionamentos necessários. E, muitas vezes, o discurso dos adultos pode se diferir, assim com o da própria criança;

c) *Estrutura*: primeiro contato acontece com os responsáveis pela criança. O terapeuta deve ter um roteiro para extrair informações importantes que podem ter passado despercebidamente pelos pais;

d) *Diagnóstico*: a análise deve ser realizada como um todo, os primeiros sintomas que aparecem são muito importantes para o diagnóstico, no entanto, não se deve ficar somente com ele, o contexto familiar também deve ser avaliado;

e) *Conceitualização cognitiva*: segue semelhante ao modelo de adulto, entretanto, deve ser incluído a colaboração dos responsáveis;

f) *Aliança terapêutica*: assim como nas outras, os responsáveis são inclusos nessa aliança, uma vez que deve ser dado um retorno para os cuidadores, pois, caso não sejam passadas as orientações necessárias pode ocorrer um abandono precoce ou resistência ao tratamento.

Quando se está fazendo tratamento de algum paciente/cliente, o objetivo é que ele consiga a melhora, desta forma, inicia-se com a psicoeducação, o que auxiliará o sujeito na aquisição da habilidade e, em seguida, a psicoterapia, que irá auxiliá-lo na aplicação desta habilidade, quando estiver exposto a algum fator que o perturbe (FRIEDBERG; McCLURE, 2007).

2.6.1 A utilização de técnicas da TCC no atendimento de crianças e adolescentes

As técnicas cognitivas utilizadas com crianças e adolescentes não diferem das utilizadas com adultos, apenas deverão ser adaptadas de acordo com a idade e a necessidade da

criança. Elas irão contribuir, não somente na mudança comportamental da criança, mas também na visão que ela tem do mundo e de si. De acordo com Falcone e Oliveira (2012, p. 98):

Exposição e enfrentamento de situações ansiogênicas, motivação externa, prática de estratégia para o manejo da raiva, autocontrole, tolerância à frustração, depressão, transtornos alimentares, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e perfeccionismo.

De acordo com Friedberg e McClure (2007) os instrumentos básicos utilizados pela TCC são:

Treinamento de relaxamento: pode ser utilizado em vários tipos de problemas, principalmente no enfrentamento da ansiedade e da raiva;

Dessensibilização sistemática: é um procedimento contracondicionante que se utiliza para diminuir medos e ansiedade;

Treinamento de habilidades sociais: ensina habilidades sociais, construção direta, utilizando material psicoeducativo juntamente com a modelagem da habilidade que deseja fortalecer;

Role playing: também utilizada no treinamento de habilidades sociais evocando pensamentos e sentimentos importantes;

Controle de contingência: Especificado um tipo de recompensa que será recebido a partir de uma resposta comportamental positiva particular;

Avaliação de vantagens e desvantagens: em que ensinará o sujeito avaliar as vantagens e desvantagens de determinados comportamentos e, assim, realizar a resolução do problema;

Autoinstrução: o próprio indivíduo fará o autocontrole enfatizando as suas mudanças substituindo pensamentos disfuncionais por pensamentos funcionais;

Narração de histórias: possibilita a visualização da criança em relação aos personagens, conseguindo observar padrões de pensamentos, sentimentos e emoções, logo, ela conseguirá se colocar no lugar e representar as suas próprias emoções;

Tarefa de casa: faz com que a criança seja capaz de adquirir habilidades em observar o mundo real. Quando ela não é realizada deve tentar descobrir quais as razões deste comportamento ou o que atrapalhou a sua realização.

Knapp et al. (2002) também fala sobre a reestruturação cognitiva, que apresenta como objetivo a modificação das crenças da criança que ocorre antes e/ou diante das situações que causam pensamentos distorcidos, podendo resultar em transformações de seu comportamento, emoção e reação fisiológica; e a solução de problemas, que auxilia o sujeito a lidar com as

situações adversas, como um problema a ser resolvido. O terapeuta deverá trabalhar com a criança identificando o problema e os objetivos que eles precisam para atingir a solução.

O terapeuta deve planejar as estratégias para todas as possibilidades, podendo o seu planejamento ocorrer de forma positiva, mas também, deve estar preparado para o caso de uma resposta negativa (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

2.6.2 Orientação para os cuidadores

No atendimento de crianças e adolescentes é essencial a presença dos pais, cuidadores ou quem quer que seja o responsável pelo menor. A relação da família com o tratamento e com o terapeuta é o que irá contribuir para a efetividade do trabalho. Emidio, Ribeiro e Farias (2009, p. 368) afirmam que “a participação dos pais no processo terapêutico é fator essencial para uma terapia bem-sucedida, pois grande parte das contingências às quais a criança está exposta é composta por relações com os pais e familiares”.

Realizar psicoterapia infantil é impossível sem se trabalhar com os adultos, pois os problemas das crianças ocorrem muito mais frequentemente fora da terapia do que na sessão. Para modificar o ambiente de uma criança, os pais devem tornar-se capitães associados aos terapeutas (FRIEDBERG; McCLURE, 2007, p. 231).

A participação dos pais irá contribuir pelo fato de que, em casa, poderá ser dado continuidade ao tratamento, não ficando somente para o *setting* terapêutico, ainda mais quando se trata de crianças bem pequenas, pois terá a necessidade de adaptação de técnicas, e o auxílio da família irá contribuir para resultados mais concretos e rápidos, além do que, nessa idade, a criança torna-se mais dependente desse ambiente familiar, o que trará benefícios para o tratamento, uma vez que não será perdido o que se aprende em terapia (FALCONE e OLIVEIRA, 2012).

Segundo Cordioli et al. (2008), a TCC vê os campos de interações familiares com extrema importância no tratamento devido ao fato de a interação ser bem mais intensa. O comportamento de um membro da família pode influenciar diretamente no comportamento de outro, logo, o envolvimento da família na terapia adiciona vantagens ao paciente, tanto durante o tratamento, quanto para a manutenção dos benefícios adquiridos, estendendo esse engajamento no pós-tratamento.

Um dos papéis dos pais também é a atuação como co-terapeutas, uma vez que, além de estarem responsáveis por levar a criança até o atendimento, eles também irão incentivá-los nesse processo, pois, às vezes, as crianças acabam apresentando o desejo de desistir, quando a

terapia se torna um desafio. Os responsáveis, também terão como tarefa identificar os ganhos da criança, bem como dar suporte aplicando as técnicas em casa, fazendo com que tudo que foi aprendido seja trabalhado em mais de um ambiente (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

Outro benefício que os pais ganham durante a terapia de seus filhos é conseguir indiretamente a terapia para si, uma vez que, quando se realiza as orientações, o terapeuta pode encontrar a necessidade de corrigir algo no comportamento dos pais para que eles possam conter a capacidade de controlar o comportamento dos filhos, sendo que, quando se trata da criança, outros membros acabam sendo envolvidos, e é necessário que aconteça (PESCE; ASSIS; AVANCI, 2008, p. 51).

De acordo com Falcone e Oliveira (2012), será necessário também observar com quem a criança passa mais tempo. Às vezes, ela pode morar com os pais, porém a maior parte do tempo é passada com avó, tio, tia, babá e demais pessoas. Estas deveriam ser incluídas no tratamento para que possa ter uma efetividade no planejamento. Já em situações em que os pais estão passando por separação, deve ser combinado quem será o responsável por trazer a criança e efetuar o pagamento das sessões. Será definido também, a frequência das orientações, se será realizada individual e/ou coletiva.

Cordioli et al. (2008) corrobora afirmando que, como os pais estão a maior parte do tempo com a criança e, em casa, é o local em que ela passa a maior parte do tempo, sendo o ambiente mais propício para as mudanças comportamentais, eles são os responsáveis para a manutenção das mudanças.

Quando for percebida a dificuldade dos responsáveis na participação do tratamento, o terapeuta deverá focar esses motivos e apresentar aos cuidadores a necessidade de eles estarem presentes, uma vez que, eles vão acabar, inevitavelmente, vivenciando situações problemáticas das crianças e, sendo eles quem as conhecem melhor, têm maiores informações sobre o que as motiva e o que é melhor para recompensá-las cotidianamente (FALCONE; OLIVEIRA, 2012).

3. METODOLOGIA

Este capítulo pretende abordar de forma detalhada os procedimentos que serão utilizados neste projeto, delineando o modelo de estudo, descrever as características dos componentes de amostra e descrição dos instrumentos utilizados, para que ocorra o registro e a coleta de dados e suas especificações técnicas, bem como a forma em que os dados serão analisados.

3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa é utilizada pelo homem como um procedimento técnico para redescobrir verdades que antes permaneciam obscuras. E é por meio dela que é possível alcançar e denominar novos conhecimentos de forma metódica (SANTOS, 2011). Portanto, entende-se por pesquisa “o processo, a forma, a maneira, o caminho, seguidos para alcançar resposta para uma dúvida sobre um problema, um fato, obedecendo a princípios, normas e técnicas” (SANTOS, 2011, p. 189).

Esta pesquisa é de natureza básica que objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência, bem como uma nova visão do problema, porém, sem aplicação prática prevista que envolve verdades e interesses locais (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A interpretação e a atribuição do significado se utiliza de uma pesquisa qualitativa, pois não pretende numerar ou medir unidades ou categorias e sim entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON et al., 2008) e descritiva, uma vez que “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42), cujo ambiente natural é a fonte direta para a coleta dos dados e o pesquisador é um instrumento-chave.

A pesquisa apresentará duas fontes de dados primários e secundários e, de acordo com Marconi e Lakatos (2007, p. 159), caracterizam-se por:

Fontes Primárias - dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações, pesquisas e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares; registros em geral; documentação pessoal (diários, memórias, autobiografias); correspondência pública ou privada etc. Fontes Secundárias - imprensa em geral e obras literárias.

Quanto à técnica de coleta de dados, foi utilizado uma abordagem qualitativa e estudo de caso, que, de acordo com Santos (2011, p. 192), “é o estudo que analisa com profundidade, um ou poucos fatos, com vistas à obtenção de um grande conhecimento com riqueza de detalhes do objeto estudado”.

Após a seleção das amostras, o grupo reuniu-se semanalmente, sendo trabalhado emoção, sentimento, pensamento, solução de problemas e dinâmicas para aliviarem a tensão, bem como, estratégias para utilizarem quando necessário. Os materiais estavam acessíveis a idade, buscando uma clara compreensão dos sujeitos para serem capazes de lidar em situações aversivas.

3.2 População e Amostra

O estudo aconteceu no Centro de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (CEAPP), clínica-escola da Faculdade de Sinop - FASIPE, campus universitário de Sinop. Onde se realiza atendimentos psicológicos de segunda a sexta-feira, no período matutino, das 7h30min. às 11h30min. e, no período vespertino, das 13h às 17h., os atendimentos são realizados por estagiários de psicologia, a partir do sétimo semestre. É cobrado dos pacientes, o valor simbólico de R\$ 10,00 (dez reais) por atendimento, sendo que, se o paciente apresentar baixa renda, o valor pode não ser cobrado. A renda da família não pode ultrapassar o valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), caso ocorra, a situação será analisada pelos supervisores e a coordenadora da clínica.

A seleção das amostras se deram a partir de análise de prontuários de crianças que já estavam em atendimento anteriormente, cujo as queixas eram de comportamentos agressivos. Após a escolha, passaram por uma nova triagem, verificando se ainda apresentavam essas ações, explicando a proposta do atendimento em grupo para os cuidadores e a anamnese nos casos necessários.

Foram selecionados quatro meninos de idade entre 7 e 13 anos. Com sessões de 50 minutos cada, uma vez por semana. Seus tutores também passaram por orientação a cada 15 dias para que o tratamento pudesse ser mais eficaz, comprovando assim, que a Psicoterapia de Grupo baseada na Teoria Cognitivo-Comportamental alcança os objetivos propostos por essa pesquisa.

3.3 Coleta de dados

Os instrumentos utilizados como fonte primária foram: análise de prontuários e triagem, entrevista – anamnese, Inventário de Depressão Infantil (CDI), programa de atendimento estruturado com 12 sessões.

Os instrumentos utilizados como fonte secundária constam no capítulo 2 deste trabalho, sendo o referencial teórico, cujos principais autores foram: Judith Beck, Paulo Knapp, Bernard Rangé, Aristides Volpato Cordioli, Robert Friedberg, Irvin D. Yalom, Almir e Zilda Del Prette.

3.3.1 Seleção de Pacientes: Análise de Prontuário e Triagem

A seleção dos pacientes aconteceu de duas formas: primeiro foram analisados prontuários de pacientes que já faziam atendimento, porém os estagiários responsáveis haviam se formado, estando, dessa forma, sem atendimento. Os que apresentavam queixas de agressividade foram escolhidos e, em seguida, fez-se contato com o responsável a fim de verificar se ainda havia interesse em atendimento, assim como explicar a proposta do atendimento em grupo.

A segunda forma foi verificar a lista de espera da clínica e, desta forma, escolher mais algumas crianças para análise. Depois de ser realizada a triagem, escolheu-se quem partiria para parte da entrevista, pois nem sempre a queixa condizia com a proposta de tratamento em grupo. Sendo assim, essas crianças foram encaminhadas para outros estagiários com o intuito de que pudessem receber atendimento individual.

3.3.2 Entrevista Estruturada: Anamnese

A entrevista é, segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 195), “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

“Entrevista inicial, na qual se faz a anamnese, ou seja, são colhidos todos os dados necessários para um diagnóstico pluridimensional do paciente, o que inclui os dados sociodemográficos, a queixa ou o problema principal e a história dessa queixa” (DALGALARRONDO, 2008, p. 76).

3.3.3 Inventário de Depressão Infantil: CDI

O CDI (*Children Depression Inventory*) é uma adaptação do Inventário de Depressão (BDI) de Beck, descrito por Kovács (1983, 1985, 1992, 2003) e foi adaptado para o Brasil por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) e tem por objetivo verificar a severidade e presença de sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos (SCHWAN; RAMIRES, 2011, p. 461).

3.4 Considerações Éticas

Os responsáveis pelos menores assinaram uma Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que fala sobre os objetivos do CEAPP, bem como o desenvolvimento de pesquisas e publicações no meio científico, porém, sempre mantendo a identidade do paciente em sigilo.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Este capítulo expõe os dados coletados durante o período de pesquisa e observação, bem como uma discussão do que foi identificado, sempre baseando em referências de outros autores que apresentaram pesquisa na mesma área.

4.1 Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se em março de 2018 e durou até agosto do mesmo ano. Os atendimentos aconteceram em uma das salas do CEAPP, com 4 crianças que serão identificadas como (1, 2, 3 e 4) para manter o sigilo dos sujeitos. Os atendimentos duraram cerca de 50 minutos por sessão, totalizando 12 sessões. Também foi realizado com os responsáveis pelas crianças um total de 4 sessões de 30 minutos cada uma.

Fez-se um contrato de atendimento ilustrativo, explicando sobre sigilo, pensamentos, sentimentos, comportamentos, horários; Registro de Pensamentos Automáticos (RPD) adaptado para criança; tarefa para casa; dinâmicas; leitura compartilhada; regras a serem seguidas durante o atendimento; avaliações de comportamento que eles se avaliavam.

QUADRO 1 – Demonstrativo das Sessões e Procedimentos Realizados com as Crianças

SESSÕES	PROCEDIMENTO
01	Explicação sobre o que é um grupo terapêutico; contrato; regras das sessões.
02	Feedback da semana; leitura do livro: “as descobertas de Vavá e Popó”; emoções: “o que eu gosto e o que eu não gosto de sentir”; Pintura do “jogo da memória das emoções”; tarefa para casa.
03	Correção e pontuação da tarefa para casa; jogaram o jogo da memória das emoções enquanto falavam sobre elas; dinâmica “amassar papéis” e exposição

	de seus sentimentos a partir delas; Avaliação de comportamentos durante a sessão; Tarefa para casa: RPD.
04	Correção e pontuação da tarefa para casa; Leitura da primeira parte do livro: “a disputa dos pensamentos” que fala dos pensamentos negativos; explicação durante a leitura sobre os pensamentos.
05	Leitura da segunda parte do livro “a disputa dos pensamentos” sobre os pensamentos positivos; utilização do “tabuleiro do círculo da disputa dos pensamentos” para que eles pudessem observar as opções de pensamentos bons, para evitar os ruins.
06	Feedback da semana; leitura do livro “a onda da raiva”; discussão e entendimento sobre o tema; atividade de pintura: “o termômetro das emoções”.
07	Atividade: Solução de Problemas; tarefa: fazer o mesmo exercício de solução de problemas, porém, de acordo com o que aconteceu durante a semana.
08	Revisão: emoções; pensamento; sentimento; solução de problemas; dificuldade de entendimento sobre pensamento.
09	Leituras e explicação: “como você se sente”, “o que você faz”, “eventos importantes”, “pensamentos automáticos”, “o que você pensa”, “crenças centrais”; tarefa: RPD.
10	Correção e pontuação da tarefa; montagem do “pote da calma” como apoio para utilizarem nos momentos de raiva.
11	Reforço de todos os conteúdos realizados durante as sessões.
12	Feedback dos atendimentos: o que eles acharam e o que aprenderam. Aplicação do CDI.

Fonte: Própria (2018)

Aos responsáveis foi entregue uma apostila sobre como trabalhar os comportamentos das crianças e, durante os atendimentos com eles, eram tiradas as dúvidas e eles compartilhavam a evolução das crianças e também o que não estava sendo resolvido.

QUADRO 2 – Demonstrativo das Sessões e Procedimentos Realizados com os Responsáveis

SESSÕES	PROCEDIMENTO
01	Explicação sobre atendimento em grupo; contrato sobre horários, pagamentos; metas e compromissos elaborados junto com os responsáveis.

02	Comandos: orientações; expuseram como são as regras nas casas deles.
03	Resistência em mudar; pensamentos sobre bater como melhor opção (intervenção sobre os melhores métodos de punição sem usar agressividade); dificuldade em perceber a melhora dos pacientes.
04	Responderam questões sobre as crianças (gostos, preferências...); compartilharam como está em casa.
05	Feedback dos atendimentos e melhoras.

Fonte: Própria (2018)

Por se tratar de grupo, foi necessário fazer uma seleção de pacientes, priorizando aqueles com queixa de comportamento agressivo. A coleta então, deu-se em algumas etapas:

Etapa 1: Análise de Prontuários: Foi iniciado com prontuários de pacientes que estavam em atendimento no ano anterior, porém, estavam sem atendimento. Deste, três pacientes foram selecionados.

Amostra 1: em seu prontuário continha:

- Anamnese;
- Relatório médico Neurológico Psiquiátrico;
- Atividades realizadas com estagiário anterior.

Amostra 2: em seu prontuário continha:

- Anamnese;
- Atividades desenvolvidas com estagiário anterior.

Amostra 3: em seu prontuário continha:

- Método para contar histórias - Madeleine Thomas.

Etapa 2: Triagem: foi realizada para incluir mais uma criança no atendimento, buscando na lista de espera da clínica-escola. Na ligação era esclarecida a necessidade de apresentar agressividade no comportamento, bem como a proposta de grupo terapêutico. Os pacientes escolhidos através do prontuário também fizeram uma nova triagem para identificar se o comportamento ainda estava presente e a proposta de atendimento em grupo.

Etapa 3: Psicoterapia de Grupo: a terceira fase consiste no atendimento propriamente dito, em que as 4 crianças se reuniram. Descrita na tabela 1.

4.2 Análise dos dados

4.2.1 Caracterização das amostras estudadas

A amostra 1 estava com 7 anos, seus pais são separados, e estão em outros casamentos. Desde os nove meses mora com os avós maternos e, nesse período, seus pais eram casados. Devido ao descuido da parte deles, os avós decidiram criá-lo. Estuda em escola pública na cidade de Sinop. Foi avaliado por uma neuropediatra e diagnosticado com TDAH, fazendo o uso de Ritalina 10mg via oral, 30 minutos antes da aula. Apresenta dificuldade de aprendizado e esse é um dos fatores. Na triagem, os avós relataram que tanto a mãe como o pai da criança tinham problema de aprendizagem. Os cuidadores contam que seu comportamento agressivo começou com anos em que a criança relata ter sofrido abuso de um aluno mais, na mesma escola em que estudava. Abandonou o tratamento nos dois últimos atendimentos, pois ia participar no Instituto Criança desta cidade, que ficava mais próximo da casa dele. Mesmo insistindo para ir até o final, a criança não compareceu.

Amostra 2 apresentava idade de 8 anos. Morava com a tia e a avó, parentes paternos, em um sítio a 60km da cidade, estudando em uma escola pública próxima. O pai morava em outra cidade, pois trabalhava em uma fazenda e vinha uma vez ao mês para esta cidade. Os pais da criança são separados, sendo que a mãe mora na capital deste estado. A mãe é usuária de drogas e agredia muito o paciente, chegou definitivamente na casa da tia aos 3 anos de idade com ferimentos profundos e queimaduras. A tia relata que a criança apresenta o vício e faz de tudo para manter a criança longe de qualquer tipo de droga para que não seja manifestado nele. O fator ativador de sua agressividade é a mãe. Todas as vezes que falam dela, ou que dizem que ela virá vê-lo, a criança se transforma em agressor. O trauma dele em relação a ela é muito forte e suas lembranças são bem intensas, por mais que fosse bem pequeno à época.

Amostra 3, com idade de 13 anos, mora com a mãe, o padrasto e o irmão mais velho. Estuda em escola pública. Apresenta dislexia e TDAH. Temperamento explosivo todas as vezes que é contrariado. Tem dificuldades na escola, pois não tem um acompanhante para lhe auxiliar. Fazia o uso de Ritalina 10mg e Sertralina 25mg.

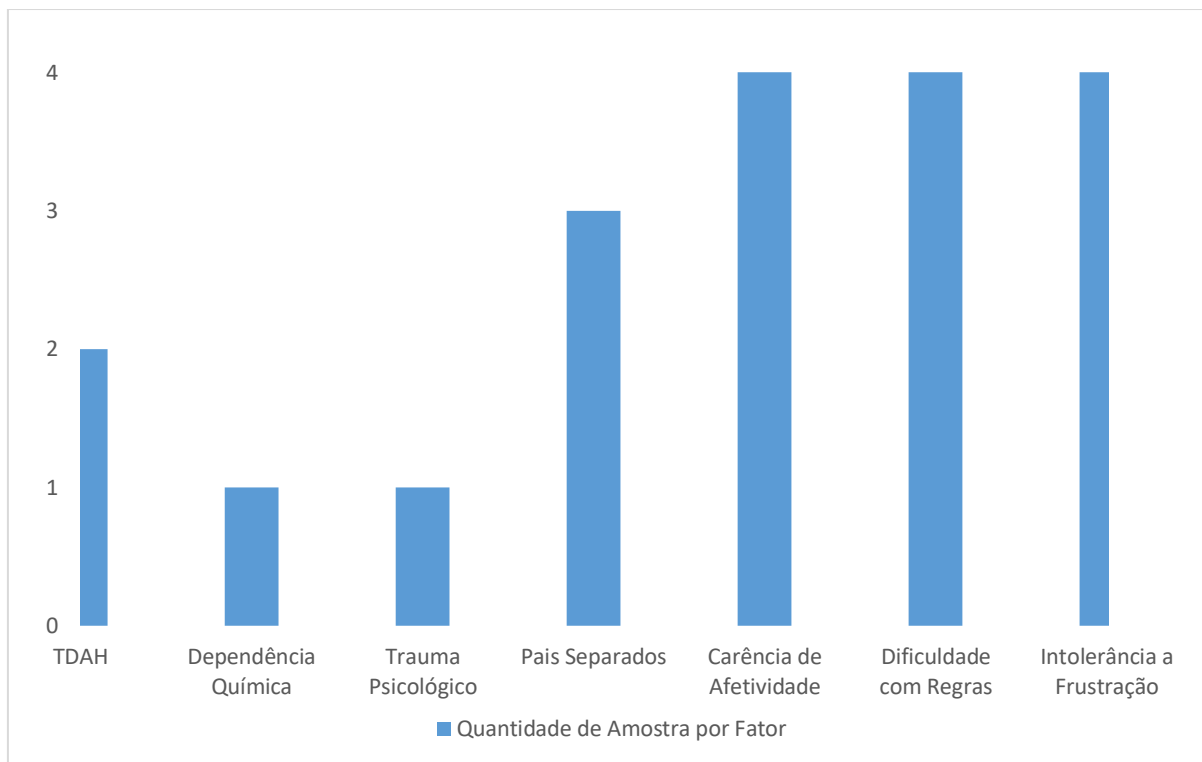
Amostra 4, 10 anos. Morava com os pais, criado de uma maneira bastante rígida. Não tinha aparelhos tecnológicos e não podia brincar na rua com outras crianças “para não se contaminar e não ser um marginal”. Os pais diziam que ele ia morrer se fosse para a rua. A criança apresentava tristeza, e sempre falava de cabeça baixa, sem olhar nos olhos. Ele foi selecionado da lista de espera da clínica-escola, e fazer os primeiros atendimentos de triagem e anamnese foi bem difícil, pois era o pai quem trazia e não sabia nada sobre o filho. Morava em um bairro muito distante e tinha dificuldade para chegar à clínica. Teve bastante faltas até

desistir por não ter condições de ir até o local de atendimento. Sua agressão era demonstrada quando era contrariado. A criança ficava bastante alterada e já até bateu no menino que a mãe cuidava. Nos últimos momentos ele se trancava no quarto para não bater nos outros.

4.2.2 Identificação de Fatores Ativadores da Agressividade nas Amostras

De acordo com as 12 sessões de observação e intervenção, foram identificados os seguintes fatores:

Gráfico 1 – Demonstrativo dos Fatores Identificados



Fonte: Própria (2018)

Os fatores ligados a transtornos psicológicos identificados durante os atendimentos e com base em análise dos prontuários foram: TDAH, dependência química e trauma. Sendo que os dois primeiros apresentam diagnóstico neuropsicológico estando devidamente apresentado em seus prontuários.

O TDAH, com uma característica bastante impulsiva, nesses casos, levava essas crianças a comportamentos explosivos e agressivos para conseguirem o que quisessem, ou mesmo, respondendo a algum comportamento de outra pessoa. A necessidade de terem uma acompanhante, principalmente na escola, dificultava o desenvolvimento deles. Infelizmente,

nem todas as unidades escolares tinham esses monitores disponíveis exclusivamente e dentro da sala de aula. As medidas apresentadas por parte das instituições escolares, eram aulas de reforço semanais para melhorarem o desempenho.

A dependência química e os traumas psicológicos (neste caso específico se configura em maus tratos) foram identificados na amostra 2. Por mais que ainda seja uma criança, ele apresenta o vício, pois a mãe é usuária e a criança já nasce predisposta a ele. A cuidadora relata que quando ele chegou não comia chocolate porque ele dizia que era ruim e que a mãe dele mandava chocolate por avião. Ela compreende que isso era droga e que a mãe dava para ele, uma vez que ela se prostituía e ele e a irmã estavam nesse mesmo ambiente. O trauma que ele apresenta existe devido ao período em que conviveu com a mãe sendo muito maltratado, tanto que, quando fala da mãe, a criança entra em desespero e diz que não quer ver e nem falar com ela.

Fatores ligados ao ambiente também foram identificados, sendo eles: pais separados, carência de afetividade, dificuldade com regras e intolerância a frustração.

A separação dos pais e a carência de afetividade dos cuidadores podem ser vistas de forma interligada. Em que, 3 das 4 amostras tem pais separados, sendo que, uma mora com a mãe, e as outras duas moram com parentes. Não aceitar ou não entender essa separação afeta no desenvolvimento da criança, visto que entram em conflito por não saber se o seu pai realmente gosta dele ou se foram abandonados. Sendo assim, surge a carência de cuidados de um dos progenitores, e nos casos em que não moram com nenhum dos dois, também apresentaram essa falta de carinho. Por mais que o responsável dê a atenção necessária, é diferente do que se recebe dos pais biológicos.

A dificuldade em aceitar regras foi apresentada pela mãe de uma das crianças, a qual relatou que o filho tinha muita dificuldade em aceitar os limites e as regras que ela mantinha em casa, fazendo o possível para poder burlar. Os outros responsáveis também relataram, através das sessões com os pais, que as regras se apresentavam como uma grande dificuldade das amostras. Desta forma, uma das questões trabalhadas em grupo foi a implantação de regras para que eles pudessem lidar com elas e aprender que as regras precisam ser respeitadas.

Não conseguir lidar com a frustração também é um quesito bastante evidente nos sujeitos pesquisados, que apresentaram resposta agressiva quando não conseguiam aquilo que queriam, sem terem a capacidade de entrar em acordo com o responsável ou até mesmo entender, que nem sempre será como querem.

Foi percebido que os indivíduos acabam sendo punidos de forma agressiva, como palmadas e gritos. Esse fator foi identificado tanto nas sessões com as crianças como na sessão

com os cuidadores. Os responsáveis veem que a melhor forma de educar seria batendo, pois, conversar não resolve. Realizou-se intervenção nesse momento esclarecendo a eles a importância do diálogo e da utilização de castigo em vez de agressão, pois a criança que é agredida irá responder da mesma forma, fazendo a manutenção do comportamento agressivo.

4.2.3 Evolução e Resultado das Amostras

Amostra 1: com o diagnóstico TDAH, este apresentava atitudes bastante hiperativas, fazia uso de Ritalina para melhor concentração na escola. Como nos atendimentos ele não estava sob efeito do medicamento foi necessário utilizar-se das regras muitas vezes para que ele não interrompesse o colega que falava e nem ficasse levantando, pois, qualquer detalhe era motivo de distração. Infelizmente o paciente não compareceu nas duas últimas seções que seriam de encerramento e avaliação. Entretanto, nas últimas reuniões com os responsáveis, quando questionado em relação à avaliação desta criança, o avô concluiu que ele estava bem melhor e que foram percebidas melhoras gradativas. Insistiu-se para que fossem finalizadas ao menos as duas últimas seções, porém, a necessidade dos responsáveis foi maior e decidiram por interromper o atendimento.

Amostra 2: Apresentava, no início do atendimento, grande resistência em relação a falar sobre a mãe, devido aos maus-tratos que ele sofreu na primeira infância. Muitas vezes, na escola, chegou a agredir colegas quando eles falavam dela ou afirmavam que viria visitá-lo. Em relação à avaliação, a tia do indivíduo, avaliou de forma positiva, identificou seus desenvolvimentos sobre ser mais paciente com os outros e também a se dedicar mais às atividades escolares com que tinha dificuldade, no caso com a matemática, uma vez que ele mesmo, durante o atendimento, relatou possuir dificuldade com a disciplina. O CDI foi aplicado no último dia para identificar o índice de depressão, e o dele apresentou-se bem baixo, apenas seis pontos. No ambiente escolar, recebeu o mérito de melhor aluno da sala, tanto nas notas como no comportamento. Com ele será dada continuidade em atendimento individual para fortalecer suas questões em relação aos sentimentos pela mãe.

Amostra 3: este participou de todos os atendimentos. Possui o diagnóstico de TDAH e dislexia. Apresentava um comportamento bastante agressivo em casa todas as vezes que era contrariado ou frustrado. Na escola tem muita dificuldade devido à desatenção e hiperatividade, o que, somado à dislexia, aumentava ainda mais o mal desenvolvimento escolar. A aplicação do CDI também demonstrou um resultado baixo, 11 pontos. A mãe relata que, em casa, a melhora foi bastante significativa, pois já cumpre com as atividades que ele precisava realizar,

como lavar louça e dar comida para os cachorros. Porém, a grande reclamação dela é pautada na escola, pois, sua situação exige que ele tenha um monitor, entretanto, a escola não consegue disponibilizar, posto que, como são poucos os monitores, dão preferência a transtornos como o autismo ou alguma deficiência física que necessite de alguém que leve ao banheiro, ou para beber água e comer. Como não é o caso, ele não recebe essa atenção. A relação da mãe com a escola é muito conturbada, pois não conseguem manter um diálogo. A mãe, que apresenta uma atitude muito explosiva, não consegue compreender a escola e, por isso, não consegue explicar a necessidade do filho. Tentou-se entrar em contato com a Unidade Escolar para que fosse ouvido o seu lado da questão, porém, até o fechamento deste estudo, não se conseguiu um horário, sempre havia um motivo para cancelamento por parte da escola. Ele também terá continuidade de atendimento individual para tratar questões específicas, bem como buscar melhorar a relação família e escola.

Amostra 4: essa amostra foi a que menos participou dos atendimentos. Ele entrou uma sessão depois e participou de 04 atendimentos. Chegou com comportamentos depressivos, porém não foi possível realizar a aplicação do CDI para ser comprovado essa hipótese, entretanto, ele apresentou características de submissão, sempre falava olhando para baixo, raramente olhava nos olhos e sorria pouco. A mãe relata que quando era contrariado ele se fechava no quarto e, algumas vezes, chegou a bater na criança que a mãe cuidava. Na triagem o pai falou que a criança adorava desenhar, mas, no atendimento ele disse que odiava e que tinha muita vontade de brincar na rua e soltar pipa, porém, ele não podia porque a mãe dizia que, se ele fosse para rua, ele iria morrer. Os pais apresentavam a crença de que crianças que brincam na rua, tornam-se marginais e, conseqüentemente, morrem por isso. A religião deles era demasiadamente rígida o que também impedia a interação do sujeito com crianças que não fossem da mesma ordem religiosa. Também não possuíam muitos brinquedos, não viam televisão e muito menos tinham qualquer objeto tecnológico, pois consideravam que aquilo iria “desviar a criança”. Supõe-se que um dos motivos do abandono de atendimento esteja ligado à religião, uma vez que, o pai e a mãe, diversas vezes repetiram durante o atendimento que eles tinham aquela religião e que as normas deveriam ser seguidas. Provavelmente, quando perceberam que teriam que ser maleáveis em determinadas questões preferiram evadir. Outro motivo aparente, foi a distância da clínica-escola até o local em que a criança morava. Quando vinha com o pai tinha dificuldade no tempo, pois a todo momento ligavam do trabalho para ele perguntando quando ia acabar. A primeira vez que veio com a mãe, de ônibus, os horários do transporte não bateram com o deles ficando muito tarde para eles voltarem, para que ela pudesse fazer o almoço e preparar as crianças para a escola, então passou a vir de bicicleta, sendo

necessário sair em torno de 6 horas da manhã para que 8h e 30min. estivessem na clínica. Os inícios dos atendimentos ainda eram no período de chuva, dando-lhes mais dificuldade em manter a assiduidade no tratamento.

4.2.4 Resultados dos encontros com os cuidadores

No início houve bastante resistência em relação aos pais e cuidadores, devido à maneira como foram educados na infância, repetindo, desta forma, o mesmo perfil de educação. Apresentavam dificuldades em perceberem o desenvolvimento das crianças, pois achavam que não era mais que obrigação e que o mundo exterior não irá reforçá-los.

Entretanto, nos últimos atendimentos, pôde-se perceber uma melhora nesses pensamentos. A orientação de que em casa é o lugar em que a autoestima da criança deve ser fortalecida, e é onde ela precisa aprender a receber um não, ajudará a fazer com que ela não sofra quando a sociedade a contrariar. Focou-se muito na importância do diálogo e na necessidade da utilização de métodos não agressivos para punição, explicando que, quando se bate na criança, automaticamente, ensina-se a ela que os problemas devem ser resolvidos desta forma, logo, eles irão apresentar um comportamento agressivo com as outras crianças e até mesmo com os adultos. No fim, eles já estavam se utilizando de outras medidas de punição e os resultados das crianças demonstraram que foi a maneira correta.

4.3 Discussão

Pode-se observar que, na atualidade, as crianças vêm apresentando um índice de comportamento agressivo bastante significativo. Seja na escola, em casa, ou em qualquer ambiente no qual elas estejam e o fator determinante seja ativado. Na maioria das vezes, é por não conseguirem ou não saberem como lidar com suas frustrações. Querem tudo na hora e não se importam com o fato de poderem ter ou não.

De acordo com Kristensen et al. (2003), para que um ato agressivo seja ativado ele dependerá de como a criança é instigada. Já a intensidade dessa resposta varia conforme a força com que o indivíduo tenta chegar a um objetivo, o valor que ele atribui a este e o grau de interferência.

Barros e Silva (2006) corroboram com essa ideia dizendo que as condutas agressivas que vêm ocorrendo ao longo da infância e adolescência tornaram-se alvo de vários estudos,

buscando responder às questões referentes à origem e manutenção dessa agressividade durante a vida. O comportamento agressivo é próprio da espécie humana apresentando vários fatores.

Quando esse fator está ligado ao ambiente, significa que o indivíduo está inserido em ambientes em que os cuidadores punem com agressão física e gritam o tempo todo, podendo também acontecer de haver uma violência doméstica (PESCE, 2009).

É sabido que crianças que vivem com os pais têm melhora em todos os aspectos, principalmente no cognitivo, se comparadas às crianças que vivem com avós, tios e tias ou outros cuidadores. A separação geralmente afeta diretamente a criança, que, não sabendo lidar, alteram seu comportamento, podendo responder de forma agressiva, ou fechar-se (RAMIRES, 2004).

Além de terem um modelo mãe e pai, as crianças necessitam também que eles sejam capazes de demonstrar afeto em relação aos filhos. Um fator que contribui para uma boa relação na atmosfera familiar é identificar se ela é sustentadora e amorosa. Quando as crianças são expostas a ambientes conflituosos, apresentam níveis de comportamento ansioso depressivo bem como agressividade, briga, desobediência. Quando os pais são capazes de lidar com a necessidade e capacidade, cada vez mais os filhos conseguem tomar as próprias decisões (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Quando trata-se de lidar com as frustrações, ativam o comportamento agressivo como: falar alto, bater, pronunciar palavras de baixo calão, entre outros. Sendo assim, irá pesar os benefícios e custos de tais respostas, se os benefícios forem maiores, ele optará pela agressão, para que, desta forma, atinja seus objetivos (KRISTENSEN et al., 2003).

Os comportamentos agressivos também estão sendo associados a uma série de transtornos neuropsiquiátricos, de forma geral, a agressividade se caracteriza pela quantidade de transtornos que são identificados, como os externalizantes (BARROS; SILVA, 2006).

O sujeito portador do Transtorno de Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresentam sintomas agressivos próprios do transtorno devido a ações impulsivas que os levam a cometerem atos disruptivos.

Quando se refere à dependência química na criança, justifica-se àquelas em que a mãe é usuária e a criança já nasce predisponente ao vício comparado aos filhos que não são dependentes e, conforme a quantidade, a criança já nasce viciada. Apresentam maior risco para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares (FIGLIE et al., 2004).

Segundo Bianchini e Kublikowski (2018), os traumas psicológicos, problemas físicos e dificuldades de se envolver socialmente encontram-se relacionado aos maus tratos, que se

configuram em abandono, negligência e violência permanente, em que o ambiente imprime para o indivíduo, um lugar hostil, insuficiente para os cuidados básicos, fazendo com que ele se sinta abandonado.

De acordo com Bolsoni-Silva, Perallis e Nunes (2018), acredita-se que, através dos estudos de determinado comportamento de alguma população, será capaz de entender o comportamento e só assim conseguir elaborar as maneiras como ela possa ser manipulada e até mesmo modificada.

Sendo assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental oferece subsídio necessário para identificar comportamentos, bem como modelá-los, para que possa ser reduzido os danos que venham a surgir, a partir de ações agressivas.

Partindo desse pressuposto, utilizar-se de psicoeducação na psicoterapia, surge como uma excelente alternativa para que aja eficácia no tratamento, uma vez que ela visa ofertar ao paciente informação relevante sobre o seu diagnóstico, bem como a possibilidade de esclarecer suas dúvidas e buscar corrigir informações distorcidas (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a vida moderna em que mães vão para o mercado de trabalho, pois necessitam ajudar na renda da família, ou até mesmo para ter uma realização profissional, vários problemas surgiram em relação às crianças. Por não saberem lidar, muitos pais acabam se perdendo na educação dos filhos e se utilizando de qualquer forma para agradar, para suprir algum momento em que não pôde estar presente, deixando de impor limites. Entretanto, para a criança, isso não é suficiente, pois ela precisa de carinho e atenção, e de pais para dar limites e para ensinar o que é certo e o que é errado.

Quando se percebe crianças que não recebem nada disso em casa, que têm total liberdade de fazer o que quiser e como quiser, surgem os comportamentos-resposta a esse estilo de vida. Falta de paciência, briga na escola, disputa por atenção em casa, falta de respeito e de limite emergem e os pais não sabem o que fazer porque não conseguem mais ter domínio da situação.

Este trabalho propôs identificar os fatores que influenciam à agressividade na infância, também elaborar sessões que promovam a redução desse comportamento, utilizar-se de mecanismos de solução de problemas para que o indivíduo seja capaz de evitar as respostas agressivas, proporcionar a ele uma melhor qualidade de vida, bem como melhor desenvolvimento cognitivo e social, e auxiliar os pais com orientações de como eles podem agir diante de situações agressivas para que, em casa, essas respostas também sejam aliviadas.

Desta forma, pode-se afirmar que é possível reduzir os comportamentos agressivos utilizando-se da Psicoterapia de Grupo com base na Terapia Cognitivo-Comportamental? Sim. É possível reduzir os comportamentos agressivos baseado nas técnicas da TCC. Com o estudo, foi possível identificar os fatores ativadores de cada indivíduo e com a Psicoterapia foi possível, trabalhar esses problemas buscando medidas em que o próprio sujeito possa utilizar para aliviar a raiva e ser capaz de escolher qual a melhor atitude a ser tomada para solucionar a situação.

É possível concluir que os objetivos propostos foram alcançados, dado que, os fatores que ativaram as respostas agressivas daquela população foram identificados e, a partir daí, foi ensinado a forma de solucionar esses problemas e evitar tais situações, sendo capazes de conviver melhor em vários ambientes. Também se conseguiu passar para os cuidadores como agir mediante situações em que essas ações são ativadas.

Percebeu-se que, durante os atendimentos, não houve momentos em que ações agressivas aparecessem, pois, estavam em um ambiente tranquilo, sob regras e controlado. Desta forma, foi utilizada a técnica da Terapia Cognitivo-Comportamental de psicoeducação para que as amostras fossem capazes de aprender a identificar uma emoção, pensamentos bons e ruins sabendo a melhor forma de substituir um pelo outro; e, após ficar claro, foi ensinado como evitar respostas agressivas. Para isso foram utilizadas técnicas como amassar papéis, pote da calma, que se constitui de uma garrafa com água e *glitter*, que em momentos de ansiedade e raiva, chacoalham a garrafa e ficam observando o *glitter* se assentar, reduzindo o estresse. Foram utilizadas atividades sobre solução de problemas para que, fora da sessão, sejam capazes de controlar esse sentimento.

Os encontros realizados com os cuidadores foram produtivos, visto que, eles puderam compartilhar a sua vivência, sendo capazes de observar os ambientes e entenderem que, por mais diferentes que sejam, havia questões similares. Também puderam trocar as formas utilizadas para controlar os comportamentos, sendo possível ajudar um outro a identificar as melhoras nos sujeitos. Observou-se a resistência dos responsáveis em perceberem as mudanças e entenderem que não é algo que irá acontecer da noite para o dia, e sim, com a ajuda deles, seria possível reduzir esse comportamento. No final, houve respostas positivas deles, conseguindo tomar consciência da evolução das amostras. Através de técnicas de punições educativas, os tutores conseguiram trocar a agressão física por castigos, retirada de objeto que o sujeito goste, aprenderam a utilizar reforços positivos para que as crianças pudessem elevar sua autoestima e assim perceber que fazem coisas boas, mantendo o comportamento positivo.

Infelizmente houve problemas de desistência dos atendimentos por diversos fatores, o que é algo que acaba acontecendo, por alguns motivos, como a distância da família e o local de atendimento, quando o problema identificado passa a não ser somente da criança, mas sim deles e essa resistência em olhar para si e ver sua dificuldade, o que os leva a tirar a criança do acompanhamento.

A Terapia Cognitivo-Comportamental foi de suma importância para a realização deste estudo, visto que ela proporcionou técnicas que resultou em melhoras, dentro de 12 sessões, comprovando que se utilizada de forma adequada ao que é proposto, observando a

idade que será estudada e passando as orientações corretas, os resultados serão rápidos e eficientes.

Como sugestão de continuidade do tema, espera-se que mais estudos sejam realizados para que se torne possível identificar fatores ativadores da agressividade e reeducar para reduzi-los e, até mesmo, extingui-los, enquanto criança, para evitar que transtornos mais graves possam aparecer, como transtorno de conduta, depressão, transtorno bipolar, entre outros. Sugere-se que seja promovida mais psicoeducação e mais formas de tratamento para que as crianças consigam ter uma boa qualidade de desenvolvimento, terem uma infância saudável para serem adultos sãos e de bem com a vida.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir, a quem for de interesse, para compreender que, muitas vezes, as crianças não são mal-educadas, mas sim, que ainda não foram preparadas para enfrentar algumas adversidades da vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. et al. **Psicoterapia cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 355p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. et al. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 544p.

BARROS, P.; SILVA, F. B. N. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância. **Revista brasileira de terapias cognitivas**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 55-65, abr/mai. 2006.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, 12 (2), p. 242-249, mar/abr. 2004.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. 348p.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BIANCHINI, D.; KUBLIKOWISKI, I. Efetividade da clínica Gestáltica no tratamento de um trauma infantil: um estudo de caso. In: Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Organizado por Isabel Leal, Sofia von Humboldt, Catarina Ramos, Alexandra Ferreira Valente, & José Luís Pais Ribeiro. Lisboa: **ISPA – Instituto Universitário**, 25-27, jan. 2018. 8p.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. 368p.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise a luz das habilidades sociais. **Estudos da Psicologia**. São Paulo, v.7, n.2, p. 227-235, mar. 2002.

BOLSONI-SILVA, A; PERALLIS, C.; NUNES, P. Problemas de comportamento, competência social e de desempenho acadêmico: um estudo comparativo de crianças no

ambiente escolar e familiar. **Trends in Psychology**. Bauru, v. 26, n. 3, p. 1189-1204, set. 2018.

COÊLHO, C. C. B.; BARROS, M. F. F. Psicoterapia comportamental de grupo. **Psicologia. PT: portal dos psicólogos**. 2011. 10p. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/>>. Acesso em: 28 de setembro de 2018.

CORDIOLI, A. V., et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artimed, 2008. 886p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438p.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2001. 798p.

DE MARCO, M. A., et al., **Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde--doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 383p.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea, 2003. 310p.

EMIDIO, L. A. S.; RIBEIRO, M. R.; FARIAS, A. K. C. R. Terapia infantil e treino de pais em um caso de agressividade. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**. Campinas, SP, v.16, n. 2, p. 366-385, ago. 2009.

FALCONE, E. M. O.; OLIVEIRA, M. S. **Terapia cognitivo comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 115p.

FELDMAN, R. S. **Introdução à Psicologia**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 656p.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psi. Clín.** São Paulo, 31 (2). p. 53-62, abr. 2004.

FRANÇA, S. L.; YAEGASHI, S. F. R. A agressividade na infância: um estudo sobre suas causas e consequências. **Iniciação Científica CESUMAR**. v.7, n.1, p. 11-18, jan/jun. 2005.

FRIEDEBERG, R. D.; McCLURE, J. M. **A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 272p.

FRIEDEBERG, R. D.; McCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de Terapia Cognitiva para Crianças e Adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática.** Porto Alegre: Artmed, 2011. 312p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176p.

GOODWIN, C. J. **História da Psicologia Moderna.** São Paulo: Cultrix, 2005. 584p.

GUIMARÃES, N. M.; PASIAN, S. R. A agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. **Psicologia em estudo.** Maringá, v.11, n.1, p. 89-97, jan/abr. 2006.

GREVET, E. H., et al. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. **J. Bras. Psiquiatr.** Porto Alegre, 56, supl 1; p. 34-38, mai/ago. 2007.

JACÓ-VILELA, A.M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da Psicologia: rumos e percursos.** Rio de Janeiro: NauEd, 2006. 598p.

KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004. 520p.

KRISTENSEN, C. H., et al. Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia.** São Leopoldo, 8 (1), p. 175-184, mar. 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315p.

MARX, M. H.; HILLIX, W. A. **Sistemas e Teorias em Psicologia.** São Paulo: Cultrix, 2008. 755p.

MONDONI, S. Transtorno de conduta. In. Jornada Apoiar: infância, sofrimento emocional e clínica contemporânea. 2006, São Paulo. **Anais.** IPUSP: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. p. 56-61.

OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A.C.G. Psicoeducação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O Que, Como e Para Quem Informar? **Temas em Psicologia.** Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 243-261, mar. 2018.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 800p.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (2). p. 507-518, 2009.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Agressividade e transgressão em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violência na infância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq. 2008. 56p.

RAMIRES, V. R. R. As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.8, n.2, p. 183-193, mai/ago. 2004.

RANGÉ, B., et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800p.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 8. ed. Niterói: Impetus, 2011. 384p.

SCHWAN, S. RAMIRES, V.R.R. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. **Psic. Arg.** Curitiba, v.29, n.67, p. 457-468, out/dez. 2011.

VIEIRA, T. M.; MENDES, F. D. C.; GUIMARÃES, L. C. Aprendizagem social e comportamentos agressivo e lúdico de meninos pré-escolares. **Psicologia: reflexão e crítica**. Goiânia, v. 23, n. 3, p. 544-553, ago. 2009.


WRIGTH, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224p.

YALOM, I. D.; VINOGRADOV, S. **Manual de psicoterapia de grupo**. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. 216p.

ANEXOS

5.1 ANEXO I

Entrevista Estruturada-Anamnese


CTAPP – CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM PSICOLOGIA
ANAMNESE PSICOLÓGICA
INFANTIL

Data: ___/___/___

Nome: _____

Endereço: _____

Nome: _____

Sexo: () masc. () fem. Data de nascimento ___/___/___

Idade: _____

Quem encaminhou ao Atendimento: _____

Por quê? _____

Qual é a sua opinião a este respeito? _____

Você é filho: () natural () adotivo

Nome _____ do

pai _____

Nome da Mãe: _____

Estuda (estudou): () sim () não

Sexo: _____ Se estuda _____ no período () manhã () tarde () integral

Mora em casa: () própria () alugada () financiada () emprestada () junto a parentes

Quem? _____

Quantos cômodos tem na casa? _____ Quantas pessoas moram? _____

Quem mora na sua casa? () companheiro(a) () filhos () mãe () pai () avós () babás
() irmãos () outros _____

Como é a casa? () bem acabada () rebocada () sem reboco () alvenaria () madeira

Costuma mudar muito de residência? () não () sim

Por quê? _____

Quem contribui para a renda familiar? _____

Algum de seus irmãos é adotivo? () sim () não

Qual? _____

Algum irmão mora com outra pessoa? () sim () não

Por quê? _____

Morreu algum parente próximo nos últimos dias / meses? _____

Quando? _____ Com que idade? _____ Causa: _____

Qual a sua reação na ocasião? _____

Os familiares já tiveram tratamento psicológico ou psiquiátrico? Sim () não ()

Quem? () pai () mãe () irmãos () tios () avós

Quando? _____

Por quê? _____

Que tipo de tratamento recebeu? _____

Terminou o tratamento? () sim () não

Por quê? _____

O pai tem ou já teve algum problema de saúde? () sim () não

Qual? _____



CEAPP – CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Ele toma ou já tomou algum medicamento? () sim () não

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

A mãe tem ou já teve algum problema de saúde? () sim () não

Qual? _____

Ela toma ou já tomou algum medicamento? () sim () não

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Alguma observação sobre seus pais e / ou familiares: _____

A sua família possui alguma crença religiosa? _____

Qual? _____

Qual a orientação dada a você a esse respeito? _____

Qual o grau de escolaridade do pai? _____

E da mãe? _____

Você assiste TV: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lê revistas: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lê jornais: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lê livros: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Ouve música: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Pesca: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Dança: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Tem outras atividades de lazer: _____

Há / houve deficientes mentais na família? () sim () não.

Quem? _____

Houve algum tipo de homicídio na família? () sim () não

Quem? _____

Há / houve agressões na família? Descreva e explique: _____

Há / houve alguém viciado na família? () sim () não

Em que?

() álcool

() fumo

() drogas.

() jogos

Qual? _____

Você já teve ou tem algum vício? () sim () não

Em que?

() álcool

() fumo

() drogas.

() jogo

Qual? _____

História do paciente

Você tem conhecimento de que a sua gravidez foi planejada? () sim () não. Por

quê? _____

Sua mãe fez acompanhamento pré-natal? () sim, a partir do ____ mês. () não



CEAPP – CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Houve algum problema durante a gravidez? De que tipo?

- O parto foi () natural () cesariana () fórceps _____
 Você chorou logo ao nascer? () sim () não _____
 Precisou de oxigênio? () sim () não _____
 Observação sobre o parto: _____
 O médico estava presente? _____
 O pai estava presente? () sim () não _____
 Por quê? _____
 Qual a duração do trabalho de parto? _____
 Quem cuidou de você nos primeiros dias de vida _____
 Por quê? _____
 Por quanto tempo? _____
 Usou chupeta? () sim () não Por quê? _____
 Quando foi retirada? _____ De que maneira? _____
 Chupou dedo? () sim () não Até quando? _____
 Dormiu no quarto dos pais () sim () não _____
 Por quanto tempo? _____
 Por quê? _____
 Saiu de casa alguma vez? () sim () não Motivo: _____

Alimentação

- Até que idade mamou no seio? _____
 Tomou mamadeira? () sim () não Até quando? _____
 Do que mais gostava quando criança? _____
 Como se sentiu na adolescência? _____
 Rejeitava alimentos? _____

Sono

- Quando criança dormia bem? _____
 E atualmente? _____
 Em que horário costuma dormir? _____
 Tem cama individual? () sim () não Casal: () sim () não _____
 Mexe-se muito dormindo? () sim () não _____
 Baba? () sim () não _____
 Anda? () sim () não _____
 Fala? () sim () não _____
 Grita? () sim () não _____
 Range os dentes? () sim () não _____
 Arregala os olhos? () sim () não _____
 Se sim reconhece as pessoas? () sim () não _____
 Quando acorda a noite procura alguém? () sim () não _____
 Acorda várias vezes? () sim () não _____
 Tem / teve pesadelos constantes? () sim () não _____
 Transpira muito durante o sono? () sim () não _____
 Urina / urinou na cama? () sim () não _____
 Como reage quando faz isso? _____



CEAPP – CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Tem / teve medo? () sim () não De que? _____
 É ansioso? () sim () não Motivo: _____
 Teve alguma decepção na vida? () sim () não Qual? _____
 Como reagiu? _____

Desenvolvimento psicomotor e linguagem

Gaguejou ou gagueja? () sim () não
 Depois de aprender a controlar (urina e fezes), em alguma ocasião deixou de fazê-lo?
 Porque? _____
 Quanto à lateralidade é: () destra () canhota () ambidestra
 Obs: _____
 Sabe andar de bicicleta? () não () sim aprendeu com que idade: _____
 Se não. Por que? _____

Comportamento e hábitos

Roe unhas? () sim () não. Desde: _____ Razões dadas: _____
 Morde os lábios? () sim () não. Desde: _____ Razões dadas: _____
 Puxa os cabelos? () sim () não. Desde: _____ Razões dadas: _____
 Tem algum tique? () sim () não. Desde: _____ Razões dadas: _____
 Tem amigos? _____
 Normalmente, esses amigos são da mesma idade? () sim () não
 Faz amizade facilmente? () sim () não
 Como você escolhe os amigos? _____
 Como se comporta nas festas? _____
 Costuma freqüentar a casa dos amigos? () sim () não
 Recebe amigos em casa? () sim () não
 Que tipo de amigos tem? _____
 Que tipo de brincadeiras prefere? _____
 Atua como líder nas brincadeiras? _____

Sexualidade

Sofreu algum tipo de violência sexual? () sim () não Qual? _____
 De quem? _____
 Qual a atitude dos pais diante a isso? _____

MULHER: Quando foi a 1ª menstruação? _____ anos.
 Como seus pais reagiram a isso? _____
 Tem ou teve momentos difíceis? () sim () não Quais? _____
 Tem ou teve momentos bons? () sim () não Quais? _____
Já teve um grande amor? () sim () não Quem? _____

Escola

Quando começou a freqüentar a escola? _____
 Como se adaptou a mesma? _____
 Quem costumava levá-lo á escola? _____



CEAPP – CENTRO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM PSICOLOGIA

Houve alguma dificuldade em relação á aprendizagem? _____
 De que tipo? _____
 Em que ano? _____
 É bom ou mau aluno? _____
 Gosta dos professores? _____
 Tem dificuldades em: Matemática? ()sim ()não Português? ()sim ()não
 Na leitura? ()sim ()não Na escrita? ()sim ()não
 É inquieto na classe? _____
 Briga com os amigos? _____
 Na escola fica isolado dos amigos? ()sim ()não
 Foi reprovado alguma vez? ()sim ()não Quando? _____
 Porque? _____
 Mudou de escola? ()sim ()não Porque? _____
 Como os pais reagem quando tira nota baixa? _____

Saúde

Teve algum problema físico? ()sim ()não
 Qual? _____
 Tomou ou toma algum tipo de medicamento? ()sim ()não
 Qual? _____
 Que doenças teve na infância / ou adolescência? _____
 Sofreu algum acidente? ()sim ()não Como foi? _____
 Enxerga bem? ()sim ()não
 Ouve bem? ()sim ()não
 Fala errado? ()sim ()não Que erros comete? _____
 Já esteve no médico oftalmologista (olho)? ()sim ()não
 Que médicos já freqüentou? _____
 Já esteve em algum tipo de atendimento especializado? ()sim ()não
 De que tipo? ()Psicológico ()Fonoaudiólogo ()Psiquiátrico ()Psicopedagógico
 () Outros _____
 Por quanto tempo? _____ Porque deixou? _____
 Algum outro dado importante sobre a sua vida? _____

 Quais doenças já teve, com que idade e qual a gravidade? _____

 Sofreu algum tipo de operação? Qual? Com que idade? _____

 Teve convulsão? Com que idade? Descreva a mesma: _____

 Sofreu algum desmaio? ()sim ()não Quando? _____
 Já teve algum tombo de maior consequência? ()sim ()não Quando? O que foi
 feito? _____
 O que está achando de participar do tratamento e de fazer
 terapia? _____
 O que VOCÊ espera deste tratamento? _____

5.2 Anexo II

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

- 1) 0() Não me sinto triste.
1() Sinto-me triste.
2() Sinto-me triste o tempo todo.
- 2) 0() As coisas dão certo para mim.
1() Às vezes as coisas não dão certo para mim.
2() Nada dá certo para mim.
- 3) 0() Eu faço as coisas direito.
1() Às vezes faço coisas erradas.
2() Faço tudo errado.
- 4) 0() Eu me divirto.
1() Às vezes eu me divirto.
2() Eu acho que nada tem graça.
- 5) 0() Eu sou bom (boa).
1() Às vezes não sou bom (boa).
2() Eu sou sempre mau (má).
- 6) 0() Eu não penso que coisas ruins podem acontecer.
1() Eu penso que coisas ruins podem acontecer.
2() Eu tenho certeza que coisas ruins vão me acontecer.
- 7) 0() Eu gosto do meu jeito de ser.
1() Às vezes eu não gosto do meu jeito de ser.
2() Eu detesto meu jeito de ser e gostaria de ser outra pessoa.
- 8) 0() Coisas ruins podem acontecer, mas não por culpa minha.
1() Às vezes eu tenho culpa das coisas ruins que acontecem.
2() Tudo de ruim que acontece é culpa minha.
- 9) 0() Eu gosto da minha vida.
1() Às vezes eu não gosto da minha vida.
2() Eu não tenho vontade de viver.
- 10) 0() Não sinto vontade de chorar.
1() Às vezes sinto vontade de chorar.
2() Estou sempre com vontade de chorar.
- 11) 0() Sinto que está tudo bem.
1() Às vezes sinto que as coisas não vão bem.
2() Sinto que tem sempre alguma coisa me incomodando.
- 12) 0() Eu gosto de ficar perto das pessoas.
1() Às vezes não tenho vontade de ficar perto das pessoas.
2() Nunca tenho vontade de ficar perto das pessoas.

- 13)** 0() Eu consigo resolver minhas dificuldades.
1() Às vezes não consigo resolver minhas dificuldades.
2() Nunca consigo resolver minhas dificuldades.
- 14)** 0() Eu me sinto bonito(a).
1() Às vezes não me sinto bonito(a).
2() Eu sou feio(a).
- 15)** 0() Eu consigo fazer as tarefas da escola sem dificuldade.
1() Às vezes tenho dificuldade para fazer as tarefas da escola.
2() Tenho que me esforçar demais para fazer as tarefas da escola.
- 16)** 0() Eu durmo bem.
1() Tem noite que eu tenho dificuldade para dormir.
2() Toda noite eu tenho dificuldade para dormir.
- 17)** 0() Não me sinto mais cansado(a) que o normal.
1() Tenho me cansado com mais facilidade do que antigamente.
2() Estou sempre cansado(a).
- 18)** 0() Eu como bem.
1() Meu apetite está pior do que antes.
2() Não sinto vontade de comer.
- 19)** 0() Não estou preocupado(a) com minha vida.
1() Eu me preocupo com problemas de saúde.
2() Estou sempre preocupado(a) com alguma dor.
- 20)** 0() Não me sinto sozinho(a).
1() Às vezes me sinto sozinho(a).
2() Eu me sinto sempre sozinho(a).
- 21)** 0() Eu gosto da escola.
1() Ultimamente não tenho gostado muito da escola.
2() Nunca me divirto na escola.
- 22)** 0() Eu tenho amigos.
1() Eu quase não tenho amigos.
2() Eu não tenho amigos.
- 23)** 0() Eu estou indo bem na escola.
1() Não estou indo bem em algumas matérias que sempre achei difíceis.
2() Estou indo mal em matérias que antes ia bem.
- 24)** 0() Eu me dou bem com as outras crianças.
1() Estou com dificuldade para me relacionar com as outras crianças.
2() Nunca consigo ser tão legal como as outras crianças.
- 25)** 0() Eu me sinto amado(a).
1() Às vezes não me sinto amado(a).

- 2() Sinto que ninguém me ama de verdade.
- 26)** 0() Sou obediente.
1() Às vezes eu desobedeço.
2() Nunca faço o que mandam.
- 27)** 0() Não me meto em brigas.
1() Às vezes eu brigo.
2() Estou sempre me metendo em brigas.

5.4 Anexo IV

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

O Centro de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (CEAPP) da Faculdade de Sinop – Mato Grosso, tem como objetivo atender às necessidades da formação de psicólogos, prestar serviços à comunidade, ampliar e produzir conhecimentos científicos. Os atendimentos são supervisionados por profissionais experientes, sendo regidos pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo, garantindo o sigilo de todos os conteúdos que possam surgir durante os atendimentos.

As informações que constam nos prontuários referentes aos atendimentos realizados no CEAPP fazem parte, quando o paciente autoriza, de seu Banco de Dados, podendo ser utilizadas em pesquisas científicas na área, mantendo-se em absoluto sigilo sobre todo e qualquer dado de identificação.

As pesquisas desenvolvidas versam sobre os mais variados aspectos de sua clientela, como também dos procedimentos técnicos realizados.

Por tratar-se de uma Clínica-Escola, pesquisas podem ser desenvolvidas e publicadas no meio científico, mesmo após o término do atendimento, no entanto, a identidade do paciente será mantida em sigilo e sua privacidade respeitada. O senhor (a) é livre para concordar ou discordar desse termo.

No caso de dúvidas poderá entrar em contato com a Coordenação da Clínica de Psicologia FASIPE - MT, pelo telefone (66) 3517-1301 ou (66) 3517-1320.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, portador do R.G. _____, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA (acima), não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, assina seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para que as informações de seu prontuário ou do menor _____, possam ser utilizadas em pesquisa científica.

Fica claro que o usuário dos serviços oferecidos pela CEAPP pode, a qualquer momento, DECIDIR POR NÃO PARTICIPAR das pesquisas a serem desenvolvidas. Seus dados e sua identidade serão mantidos sob sigilo e sua privacidade respeitada, por imperativo do Código de Ética que rege o exercício profissional do psicólogo.

O presente termo é assinado em duas vias, ficando uma em seu poder.

Sinop, _____ de _____ de 20__.

Prof. Esp. Cleoni Carmen Regauer

Assinatura do participante ou seu responsável legal