

## **TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS COM CRIANÇAS DO ENSINO FUNDAMENTAL**

### **SOCIAL SKILLS TRAINING WITH ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN**

**Jaqueline de Carvalho Augusto da Hora Santos<sup>1</sup>**

Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) - Brasil

**Adriana Benevides Soares<sup>2</sup>**

Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) - Brasil

#### **RESUMO**

A infância é uma fase de desafios, pois é caracterizada pelo período de desenvolvimento integral. A presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, compromete esse desenvolvimento, desencadeando adversidades emocionais que nem sempre as crianças estão preparadas para o enfrentamento. O objetivo deste estudo foi verificar se a aquisição de habilidades sociais através de um Treinamento poderia diminuir os indicadores de sofrimento psíquico. O estudo foi de natureza quase experimental, longitudinal com pré e pós teste e comparação de grupos. Os instrumentos utilizados foram o Sistema de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças, Escala Spence de Ansiedade Infantil e Inventário de Depressão Infantil. Foram conduzidos testes de Mann-Whitney para amostras independentes entre os grupos antes e depois da intervenção. Para verificar se a intervenção gerou algum efeito, um teste de diferença de grupos de medidas repetidas foi conduzido por meio do teste Wilcoxon. Foi ainda utilizado o Método JT para avaliar o impacto da intervenção por meio das mudanças individuais. Conclui-se que, nas

---

<sup>1</sup> Doutoranda e Mestre pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO). Pós-graduada em Terapia Cognitivo-Comportamental (UniRedentor). Psicóloga pelo Centro Universitário Celso Lisboa. Professora da graduação na Universidade Augusto Motta (UNISUAM) e na Universidade Veiga de Almeida (UVA). [psijaquelineahorasantos@gmail.com](mailto:psijaquelineahorasantos@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0786-2386>

<sup>2</sup> Pós-doutora pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e pela Universidade São Francisco (USF). Doutora e mestra em Psicologia pela Universidade de Paris XI, pós-graduada em Terapia Cognitivo-Comportamental (UniRedentor). Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC), Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO). Pesquisadora 1 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Cientista do Nosso Estado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Pesquisa nas áreas de Habilidades Sociais, especialmente no contexto educativo e no tema relativo à adaptação acadêmica à universidade. (<https://labrelacoes.wordpress.com/>). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8057-6824>

análises individuais, a intervenção foi efetiva para aquisição e ampliação do repertório de habilidades sociais. As contribuições reforçam os ganhos que crianças podem ter ao participarem de um Treinamento de Habilidades Sociais.

**Palavras-chave:** Habilidades sociais; ansiedade; depressão; crianças.

## **ABSTRACT**

Childhood is a phase of challenges, as it is characterized by the period of integral development. The presence of mental disorders, such as anxiety and depression, can compromise this development, triggering emotional adversities that children are not always prepared to face. The objective of this study was to verify if the acquisition of social skills through a training could reduce the indicators of psychic suffering. The study was longitudinal in nature study with comparison of groups. The instruments used were the System of Social Skills, Problems of Behavior and Academic Competence for Children, Spence Scale of Childhood Anxiety and Inventory of Childhood Depression. Mann-Whitney tests were conducted for independent samples between groups before and after the intervention. To verify whether the intervention had any effect, a repeated measures group difference test was conducted using the Wilcoxon test. The JT Method was also used to assess the impact of the intervention through individual changes. It was concluded that training was effective for the acquisition and expansion of the repertoire of social skills when individual analyzes were performed. Contributions reinforce the gains children can make by participating in a social skills training.

**Keywords:** Social skills; anxiety; depression, children.

## **1. INTRODUÇÃO**

A infância é uma fase repleta de desafios, uma vez que é caracterizada por um período de acelerado desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. É nesse período da vida que diferentes situações vivenciadas vão ganhando significados e requerendo das crianças recursos para enfrentá-las. Quando algumas dessas situações são geradoras de sofrimento, as crianças podem não estar preparadas para o enfrentamento, desencadeando uma série de sofrimentos emocionais, assim como problemas de comportamento que as vezes são mais visíveis e, portanto, precisam ser observados à luz de um conhecimento amplo da criança a fim de identificar se apontam para algum sintoma de adoecimento mental (Antoniut et al., 2019;

Bennett & Blankenship, 2020). Salienta-se que em 2016, a OMS estabeleceu como parâmetro para a saúde mental de crianças e de adolescentes a capacidade de alcançar um bom funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis elevados, o que não acontece quando há prevalência de transtornos mentais.

Dentre os transtornos mentais comuns na infância, pode-se destacar a ansiedade e a depressão. A ansiedade está associada com a manutenção da integridade de uma pessoa, podendo ter suas sensações consideradas como algo comum, porém quando a intensidade e a frequência causam mal-estar, precisa então ser observada com mais cuidado (Freitas et al., 2018). Para Clark e Beck (2012) a ansiedade pode ser definida como uma resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental do indivíduo de forma antecipada aos eventos considerados por ele altamente aversivos, imprevisíveis e incontroláveis, conseqüentemente, em níveis disfuncionais, essa resposta pode configurar um transtorno.

O Transtorno de Ansiedade tem como configuração habitual sentimentos intensos e persistentes e é bem diferente dos medos mais comuns que podem às vezes ser acentuados na infância (Antoniut et al., 2019; Clark & Beck, 2012). O transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, segundo Dumas (2011), pode provocar aflição extrema que necessariamente não advém de um perigo real, nem sempre podem ser acalmados por ações tranquilizadoras, frequentemente não são dominados por ato de vontade própria e costumam persistir por longo tempo, interferindo no desenvolvimento saudável e fazendo-se necessário identificar os diferentes tipos de ansiedade que surgem na infância. A American Psychiatric Association [APA] (2014), diferencia os tipos de transtorno de ansiedade que podem surgir na infância: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Fobia Específica, Agorafobia e Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Nas diferentes maneiras de apresentação da ansiedade, há sintomas que podem ser fatores de risco para outros transtornos psiquiátricos, como por exemplo, a depressão.

A depressão em crianças é um assunto que vem sendo estudado nos últimos anos frente a frequência que os problemas gerados por ela têm afetado a saúde mental nessa fase da vida. O avanço nos estudos tem possibilitado um entendimento maior sobre o problema e aberto caminhos para programas de intervenção que possam diminuir sua incidência.

Antoniut et al. (2019) realizaram uma revisão de literatura objetivando uma discussão crítica de protocolos de intervenção para tratamento dos transtornos de ansiedade e depressão na infância. Os autores discutiram os principais recursos terapêuticos utilizados nesses protocolos, verificando os resultados encontrados e as possibilidades de estudos a partir das intervenções investigadas. Concluíram ressaltando a importância da construção de programas direcionados para o tratamento e para a prevenção de situações de sofrimento psicológico na infância.

O estudo de metanálise de Polanczyk et al. (2015), apontou a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, envolvendo pesquisas em diferentes países. Os resultados apontaram a prevalência mundial dos transtornos mentais de 13,4%. Com relação aos transtornos de ansiedade e de depressão, os resultados apontaram a prevalência de 6,5 e 2,6, respectivamente (Polanczyk et al., 2015). A característica essencial de um episódio depressivo maior é quando há um período de pelo menos duas semanas com um humor depressivo ou com a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, sendo que em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste (APA, 2014). Em crianças escolares, o humor depressivo já pode ser verbalizado e é frequentemente relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Apresentam aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar e em casos mais graves, desejo de morrer (Bahls, 2002). Não se pode desconsiderar, ao abordar o tema da depressão na infância, a necessidade de se observar a multifatorialidade, incluindo as condições externas que a criança convive.

Para Nardi et al. (2017) o ambiente em que as crianças estão inseridas pode ser um fator de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Faz-se, então, imprescindível entender os contextos de vida, social, financeiro, educacional em que estas crianças estão inseridas, uma vez que a depressão está presente cada vez mais na população infantil, podendo ser crônica, recorrente, causando prejuízos e limitações que estão associadas a consequências para toda a vida. Bahls (2002) apontou que a presença de depressão em um dos genitores aumenta em até três vezes o risco de aparecimento na criança, seguido por estressores ambientais, como abuso físico e sexual e morte/perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo. Calderano e Carvalho (2005) afirmaram que a doença psíquica de um dos pais pode constituir até 43% de chance de ocorrer também na criança e geralmente filhos de pais com diagnóstico de depressão tendem a desenvolver o mesmo problema. Conhecer os sinais e sintomas diante

desses múltiplos fatores traz um desafio para os profissionais que se propõe a intervir no tratamento da depressão na infância.

Friedberg e McClure (2019) mostraram que crianças com depressão podem exibir sintomas em quatro esferas: cognitiva, fisiológica, interpessoal e comportamental. Os sintomas interpessoais podem gerar problemas com colegas e rejeição por parte deles, sendo rotineiro em crianças deprimidas, uma vez que tendem a se esquivar de participações sociais, resultando em menos relacionamentos com seus colegas e com frequência sentindo-se isoladas. Friedberg e McClure (2019), afirma que os sintomas comportamentais costumam ser a razão para a procura de intervenção, uma vez que as crianças podem apresentar problemas de comportamento, dificuldades para se relacionar com os outros, agressividade, agitação ou inquietação psicomotora ou o inverso com a apatia e retraimento social. Os transtornos na infância merecem atenção, pois uma vez que não identificados e manejados de forma adequada, podem trazer consequências duradouras para a adolescência e vida adulta (Kieling et al., 2011). Diante dos que os autores sustentam, é possível deduzir que as crianças deprimidas carecem de um melhor manejo das habilidades sociais e de oportunidades de melhora nas interações pessoais que venham a diminuir os sintomas interpessoais e comportamentais.

Seguindo essa linha, A. Del Prette e Del Prette (2018) argumentam que a aquisição de habilidades sociais e o desenvolvimento da competência social constituem processos que acontecem por meio de interações do dia a dia. Dessa forma, as práticas educativas utilizadas pela família e pela escola, acrescidas ao convívio com os pares, tornam-se as principais probabilidades para a aquisição de comportamentos habilidosos ou não habilidosos adquiridos no repertório comportamental da criança, sendo que o déficit de comportamentos habilidosos abre caminho para outros problemas.

Segrin (2000) e Feitosa (2014) vão pontuar que os déficits de habilidades sociais são um fator de risco, uma vez que habilidades sociais, depressão e ansiedade podem vir a se relacionar. Pessoas com déficits de habilidades sociais conseguiriam menos reforçadores sociais, teriam mais dificuldades para se protegerem de estímulos sociais punitivos e, por isso, experimentariam mais estressores interpessoais de maneira crônica (Feitosa, 2014; Freitas et al., 2018; Segrin, 2000).

As habilidades sociais são um conjunto de comportamentos sociais valorizados em determinada cultura com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo

e comunidade que podem contribuir para o desempenho interpessoal socialmente competente (A. Del Prette & Del Prette, 2018). A aquisição dessas habilidades pode ser potencializada por meio do Treinamento de Habilidades Sociais (THS), que se caracteriza como um método de intervenção preventivo e educativo, com uma avaliação prévia das dificuldades e recursos interpessoais dos participantes para orientar o planejamento do treinamento (Caballo, 2003; Michelson et al., 2013; Souza et al., 2019). O desenvolvimento de um repertório mais elaborado de habilidades sociais quando criança pode perdurar na vida futura do indivíduo e em suas relações interpessoais, destacando-se que o THS na infância pode contribuir significativamente para produzir melhoras nos comportamentos e no desempenho acadêmico (Souza et al., 2019) fazendo-se, então, necessária a percepção da relevância das iniciativas que disponibilizem a avaliação do repertório de habilidades sociais e por conseguinte, o treinamento para situações deficitárias, de maneira cada vez mais precoce, estando disponível em contextos sociais onde a criança tenha acesso, como por exemplo, a escola.

Atualmente, a realização de programas de intervenção para o bem-estar emocional e social vem ganhando espaço exatamente por se compreender a importância deste para as crianças e o ambiente escolar. Elias e Amaral (2016) afirmam que o desenvolvimento desses programas de caráter universal indica possibilidades reais de trabalho preventivo. Para González et al. (2019), o número de artigos relatando intervenções direcionadas ao campo educacional aumentaram. Os autores afirmam que devido às evidências sobre o surgimento de problemas de saúde mental em uma idade precoce, a atenção primária deve ser incentivada durante os estágios da primeira infância para evitar tais problemas durante a adolescência e a idade adulta.

Stallard et al. (2015) realizaram um ensaio clínico randomizado e controlado, comparando a eficácia e o custo-benefício de um programa universal de THS realizado em escolas, com duração de nove sessões, tendo por objetivo a redução da ansiedade e a melhora do humor em crianças. A amostra contou com 40 escolas e 1.448 crianças entre 9 e 10 anos. A ansiedade e depressão relatada pela criança nos três grupos foi reduzida em 24 meses. Os resultados desse estudo, mostraram evidências limitadas para apoiar o fornecimento universal de programas específicos de intervenção nos índices de ansiedade e depressão nas escolas primárias do Reino Unido, apontando para a necessidade de se observar as especificidades de cada grupo onde os THS possam ser realizados. Ainda sobre programas universais, Merry et al. (2004) constataram que apenas intervenções psicológicas direcionadas alcançaram reduções

significativas na depressão pós-intervenção e Rapee et al. (2009) encontraram efeitos pequenos, mas significativos, para um programa universal de prevenção da ansiedade, com efeitos mais fortes para crianças do que para adolescentes; enquanto a revisão de Neil e Christensen (2009) indicou eficácia para programas universais e direcionados de prevenção de ansiedade nas escolas.

Os estudos de Maia et al. (2019) e Souza et al. (2019) refletem a relevância da aquisição das habilidades sociais para as crianças do Ensino Fundamental e o quanto o déficit dessas pode comprometer o desenvolvimento saudável, o desempenho acadêmico e a competência social. No primeiro, os resultados mostraram que quanto mais problemas de comportamento, pior o desempenho escolar nos estudantes. No segundo, buscou-se promover as habilidades sociais de estudantes do Ensino Fundamental. O objetivo principal era identificar os efeitos de um THS nas habilidades sociais, problemas de comportamento e no desempenho acadêmico de crianças do quinto ano do Ensino Fundamental. O THS foi aplicado em 10 sessões e os resultados revelaram ganhos positivos para a maioria dos alunos participantes da intervenção e escores superiores do Grupo de Intervenção em todas as variáveis. O THS se evidencia como um recurso eficaz (Souza et al., 2018) e pode ser utilizado por profissionais de Psicologia a fim de possibilitar ao indivíduo uma resposta adequada às exigências do contexto histórico social, uma vez que se configura como um programa estruturado, cujo método tem como principal objetivo a prevenção do que seria as possíveis dificuldades de comportamento na interação social, viabilizado por meio das sessões em que se conduz e ensina mudanças (Lima et al., 2019).

Diante do exposto, é possível admitir que criar oportunidades para melhorar as relações sociais das crianças permitindo que tenham uma vida mais saudável foi um caminho que se desejou seguir. As práticas de intervenção e prevenção em curto prazo podem ser fator de proteção e diminuição de riscos em seu desenvolvimento e para tanto, o presente estudo deseja contribuir, avaliando se um THS pode levar à aquisição de habilidades sociais e a diminuição da ansiedade e depressão das crianças.

Procurou-se responder as seguintes perguntas: O THS pode levar as crianças a adquirirem habilidades sociais? O THS pode diminuir a ansiedade e a depressão das crianças? Existe diferença entre o Grupo Comparação (GC) e o Grupo Experimental (GE) no que diz respeito às habilidades sociais, ansiedade e depressão? As hipóteses que nortearam o estudo foram: as habilidades sociais das crianças terão maiores escores no pós-teste do que no pré-

teste; a ansiedade das crianças terá menores níveis no pós-teste do que no pré-teste; a depressão das crianças terá menores níveis no pós-teste do que no pré-teste; o Grupo Experimental (GE) terá maiores escores nas habilidades sociais do que o Grupo Comparação (GC); o Grupo Experimental (GE) terá menores escores na ansiedade e na depressão do que o Grupo Comparação (GC).

## **2. OBJETIVOS**

Avaliar se um THS pode levar à aquisição de habilidades sociais e a diminuição dos índices de ansiedade e depressão das crianças do Ensino Fundamental.

## **3. DESENVOLVIMENTO**

### **3.1. Método**

Estudo de natureza quase experimental, longitudinal com pré e pós teste e comparação de grupos (experimental - GE e comparação - GC).

### **3.2. Participantes**

A amostra inicial foi composta por 32 crianças. Os critérios de inclusão foram: idade definida para amostra, estar devidamente matriculado na escola entre o primeiro e o quinto ano do Ensino Fundamental, ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Anuência assinados, possuindo frequência mínima de 80% das sessões. Os critérios de exclusão foram: crianças que não preencheram corretamente os instrumentos antes ou depois da intervenção, frequência inferior a 80% das sessões do THS, criança que estivesse em intervenção psicológica ou psiquiátrica ao longo da pesquisa. A amostra final, tendo atendido os referidos critérios foi de 23 crianças de uma única escola privada no município de São Gonçalo/RJ, com faixa etária entre 7 e 12 anos, de ambos os sexos, com 13 meninas (56,52%) e 10 meninos (43,47%), sendo 8 crianças (34,78%) pertencentes a classe social C1 e 15 crianças (65,21%) na classe social C2. Foram alocadas aleatoriamente em dois grupos, Grupo Experimental (GE) e Grupo Comparação (GC), no período de junho a setembro de 2021. O GE obteve 12 crianças (52,17%), sendo 8 meninas (66,66%) e 4 meninos (33,33%). O GC teve 11 crianças (47,82%), sendo 6 meninos (54,54%) e 5 meninas (45,45%).



### **3.3. Instrumentos**

Sistema de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) (Gresham & Elliott, 1990, adaptado por Del Prette et al., 2016) para alunos. Apresenta escala única com 20 itens ( $\alpha=0,73$ ) que avalia comportamentos ligados à Empatia, Responsabilidade, Assertividade e Autocontrole.

Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS de Spence SH, 1998 adaptada e validada para a população brasileira por De Sousa et al, 2014) que foi desenvolvida com o objetivo de avaliar os sintomas específicos de ansiedade na infância, bem como avaliar os sintomas de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV para os transtornos de ansiedade na infância. É constituída por 44 itens, sendo que destes, 38 fazem referência a sintomas específicos da ansiedade.

Inventário de Depressão Infantil (CDI), desenvolvido por Kovacs (1983) nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do BDI (Inventário de Depressão de Beck, 1961). Ele propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de sete a 17 anos, por meio de auto aplicação. Para este estudo, optou-se pela adaptação brasileira elaborada por Gouveia et al. (1995). O inventário possui três alternativas de resposta para cada item e é constituído por itens que avaliam as questões afetivas, cognitivas e comportamentais da depressão. Os resultados do CDI apontaram uma estrutura unifatorial, com ponto de corte em 17, representada por 20 itens apresentando um coeficiente de consistência interna de 0,81.

### **3.4. Procedimentos éticos**

O THS para o Grupo Experimental e as atividades do Grupo Comparação foram submetidos ao Comitê de Ética da Universidade. O processo de consentimento dos participantes aconteceu por meio do aceite dos itens descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais, no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para as crianças e no Termo de Anuência para a Escola, tendo sido garantido aos participantes dos dois grupos o devido acompanhamento de suporte emocional, caso fosse detectado algum problema socioemocional decorrente da pesquisa.

### **3.5. Procedimentos de coleta de dados**

A pesquisadora entrou em contato com a direção da escola, solicitando autorização para realizar pesquisa com o público-alvo. Participaram da coleta de dados o responsável (pai, mãe

ou representante legal) e as crianças que foram esclarecidas e convidadas a participar da pesquisa.

O THS consistiu num cronograma com dez sessões divididas e organizadas em objetivos, conteúdo, metodologia, recursos materiais e duração média de 70 minutos. As sessões foram criadas tomando por base as sete classes de habilidades sociais identificadas em A. Del Prette e Del Prette (2013) e foram conduzidas pela pesquisadora responsável. Foram criados em forma de ilustração sete personagens utilizados na apresentação das classes de habilidades sociais. A eles foi dado o nome de Turma Habilidade e no início de cada sessão foram mostrados a fim de ajudar as crianças a assimilarem os conceitos propostos. O Grupo Comparação teve um cronograma com dez sessões divididas e organizadas em objetivos, conteúdo, metodologia, recursos materiais e duração com o tempo médio de 70 minutos, incluindo atividades variadas que foram desenvolvidas ao longo das semanas.

### 3.6. Análise de dados

Com o intuito de testar as diferenças entre os grupos, foram conduzidos testes de Mann-Whitney para amostras independentes entre os GC e GE antes e depois da intervenção (tempo um e tempo dois, respectivamente). Já para verificar se a intervenção gerou algum efeito, um teste de diferença de grupos de medidas repetidas foi conduzido por meio do teste Wilcoxon, no GC (antes e depois) e GE (antes e depois). Foram comparadas as médias dos participantes nas dimensões da depressão, habilidades sociais e ansiedade. O valor de significância estatística adotado para este estudo foi de  $p < 0,05$ . Além disso, o tamanho de efeito calculado tanto para o Mann-Whitney quanto para o Wilcoxon foi a correlação rank-biserial ( $r_{rb}$ ).

Foi ainda utilizado o Método JT para avaliar o impacto da intervenção por meio das mudanças individuais obtidas com o THS, utilizando dois indicadores: a significância clínica (SC) e o índice de mudança confiável (IMC). As análises do Método JT foram realizadas por meio da linguagem de programação R (R Core Team, 2021, versão 4.1.1), utilizando o pacote *clinsig* (Lemon, 2016). Para todas as análises, o critério de significância  $p < 0,05$  foi adotado.

O Jacobson e Truax (JT), possibilita a investigação em relação aos participantes no que tange a diferença entre os escores das variáveis mensuradas antes e depois do THS, tendo por objetivo definir se a diferença entre os participantes representa mudanças confiáveis e clinicamente relevantes. É considerado um método alternativo quando o número de sujeitos inviabiliza a análise estatística inferencial. A análise feita pelo Método JT implica, portanto,

em dois procedimentos principais: o cálculo da confiabilidade das alterações entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção, expostas em termos de um Índice de Mudança Confiável (IMC) e a análise do significado clínico dessas alterações (Mata et al., 2018).

### 3.7. Resultados

Os resultados a seguir são relativos a intervenção proposta e apresentam a comparação dos grupos comparação e experimental. Observa-se na Tabela 1, a diferença entre o GC e o GE antes e depois da intervenção. O teste de *Mann-Whitney* indicou que o GC e o GE se diferenciaram quanto ao CDI e Ansiedade de Separação e apresentaram diferenças quanto ao Autocontrole/Civilidade e Assertividade.

**Tabela 1**  
*Médias, Desvio Padrão e Mann-Whitney Antes (Tempo 1) e Depois (Tempo 2) da Intervenção*

Variáveis	Tempo 1				Mann-Whitney	Tempo 2				Mann-Whitney
	Grupo Comparação		Grupo Experimental			Grupo Comparação		Grupo Experimental		
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
CDI	0,42	0,36	0,75	0,43	W = 32,00, p = 0,039, r <sub>rb</sub> = -0,515	0,64	0,58	0,53	0,44	W = 71,00, p = 0,781, r <sub>rb</sub> = 0,076
Ansiedade de Separação	0,89	0,45	1,53	0,41	W = 18,00, p = 0,003, r <sub>rb</sub> = -0,727	1,56	1,82	1,29	0,54	W = 56,00, p = 0,557, r <sub>rb</sub> = -0,152
Fobias	1,15	0,57	1,13	0,79	W = 68,00, p = 0,926, r <sub>rb</sub> = 0,030	1,15	0,57	1,13	0,79	W = 68,00, p = 0,926, r <sub>rb</sub> = 0,030
Ansiedade Generalizada	1,33	0,76	1,44	0,68	W = 59,50, p = 0,710, r <sub>rb</sub> = -0,098	1,20	0,38	1,08	0,68	W = 79,50, p = 0,419, r <sub>rb</sub> = 0,205
Ataque de Pânico	0,68	0,41	0,71	0,76	W = 71,50, p = 0,757, r <sub>rb</sub> = 0,083	0,68	0,41	0,71	0,76	W = 71,50, p = 0,757, r <sub>rb</sub> = 0,083



Medo de Danos Físicos	1,13	0,70	1,03	0,54	W = 70,00, p = 0,829, r <sub>rb</sub> = 0,061	1,27	0,77	1,20	0,57	W = 68,50, p = 0,901, r <sub>rb</sub> = 0,038
Fillers	1,70	0,78	1,93	1,12	W = 60,50, p = 0,758, r <sub>rb</sub> = 0,083	1,70	0,78	1,93	1,12	W = 60,50, p = 0,758, r <sub>rb</sub> = 0,083
Problemas Obsessivos Compulsivos	1,64	0,56	0,99	0,54	W = 80,50, p = 0,385, r <sub>rb</sub> = 0,220	1,64	1,48	0,99	0,54	W = 80,50, p = 0,385, r <sub>rb</sub> = 0,220
Empatía	1,53	0,56	1,32	0,37	W = 94,50, p = 0,077, r <sub>rb</sub> = 0,0432	1,31	0,51	2,15	1,65	W = 51,50, p = 0,383, r <sub>rb</sub> = 0,220
Responsabilidade	1,47	0,40	1,25	0,39	W = 83,50, p = 0,212, r <sub>rb</sub> = 0,311	1,35	0,49	1,30	0,37	W = 72,50, p = 0,706, r <sub>rb</sub> = 0,095
Autocontrole	1,00	0,36	0,85	0,31	W = 81,50, p = 0,351, r <sub>rb</sub> = 0,235	0,80	0,39	1,32	0,55	W = 26,50, p = 0,016, r <sub>rb</sub> = 0,598
Assertividade	1,02	0,44	0,85	0,45	W = 80,00, p = 0,397, r <sub>rb</sub> = 0,212	0,68	0,36	1,15	0,57	W = 31,00, p = 0,029, r <sub>rb</sub> = 0,530

O teste de *Wilcoxon* pareado indicou que houve algumas diferenças significativas nos construtos antes e depois da intervenção (Tabela 2). Os participantes do GC apresentaram diferenças significativas para Autocontrole/Civilidade e para Assertividade. Em relação ao GE, observa-se uma diferença significativa entre antes e depois para o CDI e para Autocontrole/Civilidade.



**Tabela 2**

*Teste de Wilcoxon antes e depois da Intervenção para Grupos Comparação e Experimental*

Variáveis	Grupo Comparação				Wilcoxon	Grupo Experimental				Wilcoxon
	Tempo 1		Tempo 2			Tempo 1		Tempo 2		
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
CDI	0,4 2	0,3 6	0,6 4	0,5 8	W = 12,00, p = 0,126, r <sub>rb</sub> = - 0,564	0,7 5	0,4 3	0,5 3	0,4 4	W = 56,00, p = 0,045, r <sub>rb</sub> = 0,697
Ansiedade de Separação	0,8 9	0,4 5	1,5 6	1,8 2	W = 9,50, p = 0,262, r <sub>rb</sub> = - 0,472	1,5 3	0,4 1	1,2 9	0,5 4	W = 35,5, p = 0,128, r <sub>rb</sub> = 0,578
Fobias	1,1 5	0,5 7	1,1 5	0,5 7	-	1,1 3	0,7 9	1,1 3	0,7 9	-
Ansiedade Generalizada	1,3 3	0,7 6	1,2 0	0,3 8	W = 23,50, p = 0,483, r <sub>rb</sub> = 0,306	1,4 4	0,6 8	1,0 8	0,6 8	W = 56,5, p = 0,182, r <sub>rb</sub> = 0,449
Ataque de Pânico	0,6 8	0,4 1	0,6 8	0,4 1	-	0,7 1	0,7 6	0,7 1	0,7 6	-
Medo de Danos Físicos	1,1 3	0,7 0	1,2 7	0,7 7	W = 3,00, p = 0,140, r <sub>rb</sub> = - 0,714	1,0 3	0,5 4	1,2 0	0,5 7	W = 7,50, p = 0,159, r <sub>rb</sub> = - 0,583
Fillers	1,7 0	0,7 8	1,7 0	0,7 8	-	1,9 3	1,1 2	1,9 3	1,1 2	-
Problemas Obsessivos Compulsivos	1,6 4	0,5 6	1,6 4	1,4 8	-	0,9 9	0,5 4	0,9 9	0,5 4	-
Empatía	1,5 3	0,5 6	1,3 1	0,5 1	W = 28,00, p = 0,179, r <sub>rb</sub> = 0,55	1,3 2	0,3 7	2,1 5	1,6 5	W = 17,00, p = 0,09, r <sub>rb</sub> = -0,564
Responsabilidade	1,4 7	0,4 0	1,3 5	0,4 9	W = 19,00, p = 0,444, r <sub>rb</sub> = 0,357	1,2 5	0,3 9	1,3 0	0,3 7	W = 21,50, p = 0,953, r <sub>rb</sub> = - 0,044
Autocontrole	1,0 0	0,3 6	0,8 0	0,3 9	W = 21,00, p = 0,035, r <sub>rb</sub> = 1,00	0,8 5	0,3 1	1,3 2	0,5 5	W = 6,50, p = 0,037, r <sub>rb</sub> = - 0,764
Assertividade	1,0 2	0,4 4	0,6 8	0,3 6	W = 21,00, p = 0,021, r <sub>rb</sub> = 1,00	0,8 5	0,4 5	1,1 5	0,5 7	W = 15,50, p = 0,126, r <sub>rb</sub> = - 0,530

Com relação as diferenças individuais (Tabela 3), pode-se observar que no GC, cinco crianças (45,45%) obtiveram mudanças negativas nos fatores Empatia/Afetividade, enquanto seis crianças (54,54%) não obtiveram mudanças. No fator Responsabilidade, quatro crianças (36,36%) tiveram alterações e sete (63,63%) não obtiveram nenhuma. No fator Autocontrole, seis crianças (54,54%) apresentaram mudanças negativas e cinco (45,45%) não tiveram



nenhuma mudança. E no fator Assertividade, sete crianças (63,63%) tiveram mudanças, enquanto quatro (36,36%) não obtiveram mudanças.

**Tabela 3**

*Análise Método JT para avaliar a significância Clínica dos Participantes do Grupo Comparação*

ID	Empatia			Responsabilidade			Autocontrole			Assertividade		
	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC
1	1,6	0,8	-4,66 <sup>-</sup>	2,00	0,80	-8,19 <sup>-</sup>	0,50	0,00	-4,25 <sup>-</sup>	1,25	0,75	-3,60 <sup>-</sup>
2	1,6	1,6	0,00	1,60	1,60	0,00	0,50	0,50	0,00	0,75	0,75	0,00
3	1,6	1,6	0,00	2,00	1,80	-1,36	1,00	0,83	-1,42	0,75	0,50	-1,80
4	1,6	0,8	-4,66 <sup>-</sup>	1,40	1,40	0,00	0,67	0,67	0,00	0,50	0,50	0,00
5	2,0	1,8	-1,17	1,00	0,60	-2,73 <sup>-</sup>	1,67	1,00	-5,67 <sup>-</sup>	1,50	0,75	-5,40 <sup>-</sup>
6	1,6	1,8	1,17	1,20	1,20	0,00	1,00	1,00	0,00	0,75	0,75	0,00
7	1,6	1,6	0,00	1,80	1,80	0,00	1,17	1,17	0,00	0,50	0,50	0,00
8	1,2	1,4	1,17	1,20	1,40	1,36	1,17	1,00	-1,42	1,50	0,75	-5,40 <sup>-</sup>
9	0,0	0,2	1,17	0,80	0,60	-1,36	0,83	0,33	-4,25 <sup>-</sup>	0,75	0,00	-5,40 <sup>-</sup>
10	2,0	1,2	-4,66 <sup>-</sup>	1,80	2,00	1,36	1,17	1,00	-1,42	1,75	1,50	-1,80
11	2,0	1,6	-2,33 <sup>-</sup>	1,40	1,60	1,36	1,33	1,33	0,00	1,25	0,75	-3,60 <sup>-</sup>

Nota. - = Mudança Clinicamente Negativa; + = Mudança Clinicamente Positiva.

No GE (Tabela 4), duas crianças (16,16%) aumentaram os índices no fator Empatia/Responsabilidade, três crianças (25%) diminuíram e seis (50%) não obtiveram mudanças. No fator Responsabilidade, três crianças (25%) aumentaram, uma (8,33%) deteriorou o resultado e sete crianças (58,33%) não obtiveram mudanças. No fator Autocontrole, sete crianças (58,33%) aumentaram, duas (16,16%) diminuíram e três (25%) não obtiveram mudanças. Para o fator Assertividade, cinco crianças (41,66%) aumentaram, duas diminuíram (16,16%) e cinco (41,66%) não obtiveram mudanças.

**Tabela 4**

*Análise Método JT para avaliar a significância Clínica dos Participantes do Grupo Intervenção*

ID	Empatia			Responsabilidade			Autocontrole			Assertividade		
	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC
1	1,00	6,00	12,71 <sup>+</sup>	1,20	1,20	0,00	0,67	1,33	4,21 <sup>+</sup>	1,25	1,75	3,03 <sup>+</sup>
2	1,00	1,20	0,51	1,80	1,60	-1,70	0,83	1,33	3,15 <sup>+</sup>	0,00	0,25	1,52
3	1,80	1,20	-1,53	1,60	1,40	-1,70	1,00	1,67	4,21 <sup>+</sup>	1,00	2,00	6,07 <sup>+</sup>
4	1,60	5,20	9,15 <sup>+</sup>	1,00	0,80	-1,70	1,33	1,33	0,00	1,25	1,00	-1,52
5	1,20	1,40	0,51	0,80	1,60	6,80 <sup>+</sup>	0,67	1,17	3,15 <sup>+</sup>	0,5	0,75	1,52
6	1,00	1,20	0,51	1,60	0,60	-8,50 <sup>-</sup>	0,67	0,33	-2,10 <sup>-</sup>	1,00	0,50	-3,03
7	1,40	2,00	1,53	1,60	1,40	-1,70	0,33	2,50	13,67 <sup>+</sup>	1,00	2,00	6,07 <sup>+</sup>
8	0,60	1,00	1,02	0,80	0,80	0,00	1,17	0,67	-3,15 <sup>-</sup>	1,50	1,00	-3,03 <sup>-</sup>
9	1,40	1,60	0,51	1,20	1,60	3,40 <sup>+</sup>	0,83	1,50	4,21 <sup>+</sup>	1,25	1,25	0,00

10	1,40	2,00	1,53	1,60	1,60	0,00	0,50	1,67	7,36 <sup>+</sup>	0,50	1,00	3,03 <sup>+</sup>
11	1,60	1,40	-0,51	0,60	1,60	8,50 <sup>+</sup>	0,83	0,83	0,00	0,50	0,75	1,52
12	1,80	1,60	-0,51	1,20	1,40	1,70	1,33	1,50	1,05	0,50	1,50	6,07 <sup>+</sup>

*Nota.* - = Mudança Clinicamente Negativa; + = Mudança Clinicamente Positiva.

### 3.8. Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar se um THS pode levar à aquisição de habilidades sociais e a diminuição dos índices de ansiedade e depressão das crianças do Ensino Fundamental. Os participantes do GE apresentaram maiores ganhos, com uma melhora clínica positiva, nos fatores Empatia/Afetividade, Responsabilidade e Autocontrole em relação aos participantes do GC. Tal achado mostra que o THS possibilitou a aquisição de habilidades sociais, podendo ser uma das evidências para demonstrar a efetividade da intervenção e os ganhos individuais. Com a melhora na comunicação dos sentimentos e a diminuição dos índices de depressão. Acredita-se que o estudo contribuiu na promoção de saúde mental das crianças.

Tal conjectura mostra a necessidade de mais programas semelhantes no ambiente escolar, por ser este um local de fácil acesso das crianças e suas famílias. Nardi et al. (2017) reforçam essa ideia ao afirmar que as ações em prevenção e promoção de saúde mental, especialmente na infância, têm ganhado força com o aperfeiçoamento dos estudos em adoecimento mental. Para as autoras, programas que permitem treinamento em contexto grupal, com sessões de manejo de emoções desagradáveis, favorecem resultados positivos que contribuem para um desenvolvimento saudável da criança. Partindo desse caminho, é possível supor que as atividades do THS, planejadas com psicoeducação e participação ativa, podem ter contribuído nessa melhora. Com o aumento do repertório de HS acredita-se aumentar a qualidade de vida da criança. As estimativas sobre a prevalência de transtornos mentais na infância giram em torno de 10 a 20% no mundo (Kieling et al., 2011). Portanto, o presente estudo, que gerou benefícios individuais para seus participantes e por isso tem sua importância justificada, pode ser considerado relevante. Ainda que seus resultados na comparação de grupos possam parecer tímidos, nos resultados do Método JT, identificou o quanto individualmente as crianças foram beneficiadas.

A análise dos dados sugere que os grupos mostraram diferenças antes da intervenção e por isso, talvez, o impacto esperado não tenha sido tão grande no GE. Ainda assim houve melhoras. Nesse sentido, observa-se o que Merry et al. (2004) relataram ao constatarem que apenas intervenções psicológicas direcionadas alcançaram reduções significativas na depressão

pós-intervenção e Rapee et al. (2009) encontraram efeitos pequenos, mas significativos, para um programa de prevenção da ansiedade, com efeitos mais fortes para crianças do que para adolescentes. No estudo de Elias e Amaral (2016), os estudantes submetidos ao THS apresentaram melhoras em relação aos problemas de comportamento, podendo-se inferir que a intervenção em habilidades sociais pode ser uma alternativa real para as ações de prevenção.

O teste de *Mann-Whitney* indicou que o GC e o GE se diferenciaram quanto ao CDI e Ansiedade de Separação, apresentando diferenças quanto ao Autocontrole/Civilidade e Assertividade. A revisão de Neil e Christensen (2009) indicou a eficácia para programas universais e direcionados de prevenção de ansiedade nas escolas. Diferenças em níveis de depressão em grupos de intervenção com crianças foram encontradas por Nardi et al. (2017) quando afirmou que o programa de intervenção pode ter auxiliado a diminuição dos índices dos sintomas de depressão na população clínica estudada. Souza et al. (2019) desenvolveram uma pesquisa que objetivou promover as habilidades sociais de estudantes do Ensino Fundamental em um modelo psicoeducativo. Nele, buscaram identificar os efeitos de um THS nas habilidades sociais, problemas de comportamento e no desempenho acadêmico de crianças do quinto ano do Ensino Fundamental com idades de 10 a 13 anos. Após as 10 sessões de treinamento, os resultados revelaram ganhos positivos para a maioria dos alunos participantes da intervenção e escores superiores do grupo de intervenção. Tal achado corrobora com este estudo, uma vez que no GE crianças foram beneficiadas com ganhos positivos nos fatores de habilidades sociais.

O teste de *Wilcoxon* pareado indicou que houve dissimetria nos construtos antes e depois da intervenção, sendo que no GE, observou-se uma diferença no CDI e no Autocontrole/Civilidade, indicando melhoras. Ferreira (2016), apontou em seu estudo, que há evidências de redução na média da variável depressão no grupo intervenção entre pré-teste e pós-teste, apoiando o que foi encontrado de maneira similar no presente estudo. Tal resultado indica que apesar do THS ter sido construído de maneira universal, sem considerar especificidades que podem existir em sintomatologias específicas, os dados sugerem que a intervenção pode ter auxiliado na aquisição de habilidades sociais nessa amostra, diminuindo os índices de depressão.

Num primeiro momento, a percepção que se poderia ter indicaria que a intervenção não surtiu um efeito robusto, uma vez que os dados se mostraram tímidos em alguns fatores. No



entanto, as diferenças individuais apontaram melhoras. O estudo de Stallard et al. (2015) pode ajudar a levantar hipóteses para uma possível razão entre resultados esperados e resultados encontrados. Em seu estudo, foi desenvolvido um THS em sala de aula nas escolas primárias do Reino Unido com o objetivo de investigar a eficácia clínica e o custo-efetividade de um programa de intervenção que trouxesse alterações nos índices de ansiedade e humor deprimido em crianças. Os resultados mostraram evidências limitadas para apoiar o fornecimento universal de programas específicos de intervenção nos índices de ansiedade e depressão, apontando para a necessidade de se observar as especificidades de cada grupo onde os THS possam ser realizados. Acredita-se, portanto, que os grupos por se apresentarem de forma heterogênea e sem possibilidade de divisão numa maneira mais adequada aos interesses da pesquisa, considerando as especificidades das crianças da amostra, pode ter tido seus resultados enviesados.

Em contrapartida, ao se observar as diferenças individuais por meio do Método JT, os ganhos foram expressivos. Conforme análise dos dados apresentados, o presente estudo corroborou em parte as hipóteses iniciais, indicando que os participantes do GE apresentaram maiores ganhos, com uma melhora clínica positiva, nos fatores Empatia/Afetividade, Responsabilidade e Autocontrole em relação aos participantes do GC. Tal achado pode ser uma das evidências para demonstrar a efetividade da intervenção e os ganhos individuais. De maneira particular, pode-se observar que o participante um teve os maiores benefícios da intervenção e somente os participantes seis e oito não tiveram scores que pudessem caracterizar a efetividade do THS. Souza et al. (2018) explicam que o Método JT é um meio de análise de dados adequado para avaliar efetividade das intervenções em Psicologia, uma vez que pode evidenciar o impacto desta para os participantes, a despeito do tamanho da amostra. Jacobson e Truax (1991) argumentam que a presença de diferença nas médias de um participante pode impactar no resultado do teste de comparação de médias.

#### **4. CONCLUSÃO**

O presente estudo desejou contribuir com o que se tem estudado sobre o assunto, tendo por objetivo avaliar se um THS pode levar à aquisição de habilidades sociais e a diminuição dos índices de ansiedade e depressão das crianças do Ensino Fundamental. Os dados apontaram que o THS foi efetivo para aumentar as habilidades sociais das crianças do GE quando foram feitas as análises individuais, mostrando também que haviam diferenças entre os grupos antes

e depois da intervenção com possíveis situações que podem ter atravessado o resultado esperado. Os ganhos individuais atendem ao objetivo de promoção de saúde em escola, uma vez que para algumas crianças da amostra o programa reduziu sintomas de depressão, como também contribuiu para novos questionamentos sobre suas próprias emoções.

Acredita-se que o presente estudo traz sua contribuição no sentido de reforçar os ganhos individuais que crianças podem ter ao participarem de um THS. Escolas e demais ambientes sociais onde as crianças convivem podem oferecer essa possibilidade com vistas a promover melhores condições de acesso a programas que visam saúde mental. A melhora nos índices de depressão abre caminho para futuras intervenções com crianças e dessa forma, o estudo favorece o avanço das pesquisas sobre a relevância do THS para a população infantil e para o ambiente escolar.

Algumas limitações encontradas referem-se a dificuldade na montagem dos grupos que precisou seguir o interesse da escola, considerando a adesão dos pais e o rodízio que estava ocorrendo por conta das limitações sociais impostas pela pandemia no momento da coleta de dados. Encontrou-se, ainda, uma dificuldade com algumas crianças que, apesar da idade estar dentro do que foi estabelecido para a amostra e devidamente matriculadas nas séries selecionadas, não estavam completamente alfabetizadas. Essa situação gerou atrasos nas atividades programadas, pois um cuidado maior precisou acontecer a fim de que conseguissem acompanhar as atividades propostas para as sessões. Outra limitação foi a questão das férias escolares que não estavam previstas, mas que precisaram ser respeitadas por conta da mudança no calendário escolar. Essa situação não planejada aconteceu na quinta sessão, interrompendo o THS. No retorno, três semanas depois, foi dada a continuidade a partir da sexta sessão. Esse intervalo trouxe prejuízos ao andamento da coleta, facilitou a perda de crianças da amostra que precisaram ser retiradas por conta da frequência e esse espaço de tempo pode ter interferido significativamente nos resultados.

Perspectivas se abrem para novos estudos no sentido de desenvolver programas futuros de intervenção que incluam também as avaliações feitas por pais e professores das crianças antes e depois da intervenção. Sugere-se a realização de estudos com um *follow-up* em três e seis meses após o treinamento, visando identificar se as mudanças que ocorreram no GE e as mudanças individuais permanecem ao longo do tempo. Sugere-se investigações semelhantes com amostras maiores, tendo por objetivo avaliar as mesmas atividades preparadas para esse

THS, a fim de observar se os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes ou se mudam. No caso de permanecerem, considerar se há alteração no tamanho de efeito. Estudos com um delineamento qualitativo também poderiam ser realizados na tentativa de avaliar diferentes resultados por meio do discurso das crianças, dos familiares e dos professores envolvidos no THS. Outra possibilidade para estudos futuros seria identificar quais classes de habilidades sociais funcionariam como fatores de proteção aos transtornos de ansiedade e depressão e no caso de deficitárias, se poderiam ser consideradas como fatores de risco. Dessa maneira, o THS seria direcionado a partir daquelas que, em teoria, funcionariam como fatores protetores a uma saúde mental saudável.

## 5. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] DSM-5*. Madrid: Panamericana.

Antoniutti, C. B. P., Lima, C. M.; Heinen, M., & Oliveira, M. S. (2019). Protocolos psicoterapêuticos para tratamento de ansiedade e depressão na infância. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 10-18. doi:10.5935/1808-5687.20190004

Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361. doi:10.1590/S1413-81232009000200002

Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66. doi:10.1590/S0021-75572002000500004

Bennett, N., & Blankenship, A. P. (2020). Behavioral problems in children. In L. T. Benuto, F. R. Gonzalez, & J. Singer (Eds.), *Handbook of cultural factors in behavioral health: A guide for the helping professional* (pp. 419-430). Cham, Switzerland: Springer [https://www.researchgate.net/publication/342048179\\_Behavioral\\_problems\\_in\\_children](https://www.researchgate.net/publication/342048179_Behavioral_problems_in_children)

Caballo, V. E. (2003). *Técnicas de avaliação das habilidades sociais*. In V. E. Caballo (Eds.), *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais* (pp. 113-180). São Paulo: Santos.

Calderaro, R. S. S., & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: Um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189. <https://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a04.pdf>

Clark, D. A., & Beck A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/TSfzbdFGkPfyQn5Kk6N35hK/?format=pdf&lang=pt>

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. 6ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes.

Del Prette, A. (2018). *Competência Social e habilidades sociais; manual teórico e prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.

DeSousa, D. A., Petersen, C. S., Behs, R., Manfro, G. G., & Koller, S. H. (2012). Brazilian Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(3), 147-153. doi:10.1590/S2237-60892012000300006

Dumas, J. E. (2011). *Transtornos de ansiedade - Psicopatologia da infância e adolescência*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Elias, L. C. S., & Amaral, V. M. (2016). Habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico em escolares antes e após a intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61. doi:10.1590/1413-82712016210105

Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 488-499. doi:10.1590/1982-3703000992013

Ferreira, I. M. F. (2016). *Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/D.59.2018

Freitas, L. C., Porfírio, J. C. C., & Buarque, C. N. L. (2018). Indicadores de ansiedade social infantil e suas relações com habilidades sociais e problemas de comportamento. *Psicologia e Pesquisa*, 12(2),1-10. doi:10.24879/2018001200200207

Friedberg, R., & McClure, J. M. (2019). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre, RS: Artmed.

González, V. G., Zurita, F. O., Ubago, J. L., & Puertas-Molero, P. (2019). Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 1-23, Article 4394. doi:10.3390/ijerph16224394

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., & Srinath, S. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet*, 378(9801), 1515-1525. doi:10.1016/S0140-6736(11) 60827-1

Lima, C. de A., Soares, A. B., & Souza, M. S. de. (2019). Treinamento de habilidades sociais para universitários em situações consideradas difíceis no contexto acadêmico. *Psicologia Clínica*, 31(1), 95-121. doi:10.33208/PC1980-5438v0031n01A05

Maia, F. A., Soares, A. B., & Leme, V. B. R. (2019). Relações Interpessoais em alunos na transição para o 6ºano do Ensino Fundamental. *Perspectivas em Psicologia* 16(1), 1-13. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1106>

Mata, L. R. F. P., Bernardes, M. F. V. G., Azevedo, C., Chianca, T. C. M., Pereira, M. G., & Carvalho, E. C. (2018). Método Jacobson e Truax: avaliação da efetividade clínica de um programa de ensino para cuidado domiciliar pós prostatectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3003. doi:10.1590/1518-8345.2249.3003

Merry, S. N., Hetrik, S. E., Cox, G. R., Burdevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and

adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7(12), CD003380.  
doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (2013). *Social skills assessment and training with children: An empirically based handbook*. New York: Springer Science & Business Media.

Nardi, P. C., Ferreira, I. M. F., & Neufeld, C. B. (2017). Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. *Contextos Clínicos*, 10(1), 74-84. doi:10.4013/ctc.2017.101.06

Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208–215. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, (5), 311–341. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628

Rapee, R. M. (2015). Nature and psychological management of anxiety disorders in youth. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 51(3), 280-284. doi:10.1111/jpc.12856

Segrin C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379–403. doi:10.1016/s0272-7358(98)00104-4

Souza, M. S., Soares, A. B., & Freitas, C. P. P. (2018). Efeitos de um Treinamento de Habilidades Sociais no Comportamento e Desempenho Acadêmico. *Revista Avaliação Psicológica*, 17(4), 417-427. doi:10.15689/ap.2018.1704.2.02

Souza, M. S., Soares, A. B., & Freitas, C. P. P. (2019). Social Skills Training (SST) for students facing social vulnerability. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 159-181. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p159-181

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Anderson, R., Ukoumunne, O. C., Daniels, H., Phillips, R., & Simpson, N. (2015). A cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of a school-based cognitive-behavioural therapy programme (FRIENDS) in the reduction of anxiety and improvement in mood in children aged 9/10 years. *NIHR Journals Library*, 21(53), 1-162. doi:10.3310/phr03140

World Health Organization. (2016). *WHO Child and Adolescent Mental Health*. Improving the mental and brain health of children and adolescents. [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/child\\_adolescent/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/)