



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA



CATIELE PAIXÃO

**Os efeitos de uma intervenção para favorecer a competência social de crianças
sobreviventes de tumor cerebral**

**Salvador – Bahia
2016**

CATIELE PAIXÃO

Os efeitos de uma intervenção para favorecer a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Alvarenga

Salvador – Bahia

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paixão, Catiele

Os efeitos de uma intervenção para favorecer a
competência social de crianças sobreviventes de tumor
cerebral / Catiele Paixão. -- Salvador, 2016.

164 f. : il

Orientadora: Patrícia Alvarenga.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto
de Psicologia, 2016.

1. Neoplasias encefálicas. 2. Intervenção psicológica.
3. Habilidades sociais. I. Alvarenga, Patrícia. II.
Título.

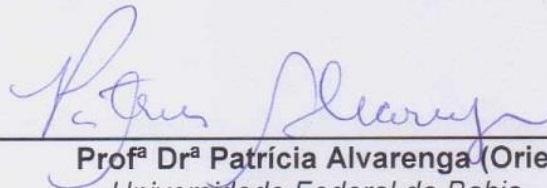


TERMO DE APROVAÇÃO

“OS EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PARA FAVORECER A COMPETÊNCIA
SOCIAL DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES DE TUMOR CEREBRAL”

Catiele Paixão dos Santos

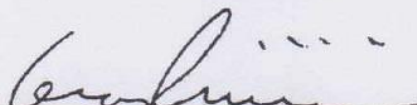
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Dr.ª Patrícia Alvarenga (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. José Neander Silva Abreu
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Salvador, 15 de junho de 2016.

À minha mãe, Nete, minha eterna fonte de
inspiração na vida, que mesmo distante nunca
deixou de estar sempre perto. “E nenhuma pessoa
grande jamais entenderá que isso possa ter tanta
importância!” (Saint-Exupéry)

Agradecimentos

Tenho ao meu lado pessoas especiais que me inspiram, me apoiam e me desafiam. Foi uma caminhada difícil, mas essa conquista foi bastante leve e prazerosa porque eu tenho a vocês.

Ao meu pai, Julival, que com muito amor cuidadosamente incentivou e privilegiou a nossa educação, minha e dos meus irmãos. Ele nos ensinou que coragem e dedicação podem nos trazer boas recompensas.

Aos meus irmãos, Ueslei e Iuri, por torcerem pelo meu sucesso e por compartilharem comigo a alegria de cada conquista.

Ao meu 'primorido', Dioslei, pelo amor, cuidado e compreensão nas minhas ausências. Pelas lindas experiências e descobertas que temos feito juntos. Por acreditar e investir em meus sonhos, essa conquista na realidade é nossa!

Aos meus familiares, especialmente minha avó Lili e minha tia Maisa, por me apoiarem e torcerem de perto pelas minhas realizações.

À minha querida orientadora, Patrícia Alvarenga, por todo exemplo de compromisso e dedicação, pela sua sensibilidade e confiança, por acreditar e investir em minha proposta de estudo e pela excelência com a qual tem orientado a minha formação acadêmica. Desde a Iniciação Científica me apresentou à pesquisa e me fez a descobrir a satisfação pela academia.

Ao Dr. Tude, que acolheu ao meu estudo e contribuiu com a realização deste ao me apresentar seus pacientes na fase de recrutamento e ao discutir comigo as implicações clínicas do adoecimento de cada criança.

Às mães e crianças que acreditaram em minha proposta de intervenção e participaram deste estudo compartilhando suas histórias.

À Regina Celi, que no início deste trabalho me apoiou na busca por uma instituição parceira necessária para a realização deste estudo.

Aos professores José Neander Silva Abreu e César Augusto Piccinini por aceitarem o convite para compor a minha banca examinadora.

Aos amigos de longas jornadas que a Psicologia me proporcionou, minhas queridas 'Ps!sRhycas', os queridos Agnaldo e Robson e os que mais recentemente, graças à pós-graduação, se achegaram, Adrielle, Alan, Cícero, Isadora, Lília, Natália e Priscila. Eu me diverti com vocês e agradeço por todo apoio e parceria.

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa pelas contribuições críticas em cada etapa deste estudo.

À minha terapeuta, Priscila Brito, com quem compartilhei meus medos, angústias e alegrias durante toda realização deste estudo. Sua competência também foi essencial para o sucesso deste trabalho.

Aos funcionários do PPGPSI, Ivana e Aline, e do IPS, Isaque, pela disponibilidade e presteza para me ajudar sempre que precisei.

À FAPESB, pelo auxílio financeiro da bolsa de mestrado, essencial para a realização deste estudo.

Resumo

Os prejuízos imediatos e tardios decorrentes tanto do adoecimento quanto do tratamento para tumor cerebral na infância, com frequência, acarretam agravos no desenvolvimento da competência social de crianças sobreviventes. Este estudo teve como objetivo adaptar uma intervenção individual para favorecer a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral e avaliar o padrão de mudanças na competência social de cada um dos casos submetidos à intervenção, por meio de um delineamento de estudo de casos múltiplos. Participaram do estudo duas díades mãe-criança, que receberam três visitas domiciliares, para a avaliação pré-intervenção e outras três visitas domiciliares, dois meses após o término da intervenção, para a avaliação pós-intervenção. Foram utilizados uma ficha de dados sociodemográficos, uma ficha de informações clínicas da criança, o formulário para pais do Sistema de Avaliação da Habilidades Sociais (SSRS-BR), entrevistas com a mãe e com a criança sobre o ajustamento social infantil e o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência de 6 a 18 anos (CBCL/6-18 anos). A intervenção, que foi iniciada logo após a avaliação pré-intervenção, teve em média oito sessões semanais, para o treinamento de habilidades sociais e o acolhimento psicológico individual para a mãe e para a criança, visando a abordar situações desafiadoras, não previstas nas sessões do tratamento que já estavam predefinidas. Os dados foram submetidos à técnica analítica de modelo lógico de nível individual. Os resultados revelaram uma melhora na competência social de ambos os casos, bem como em cada um dos componentes desse construto, a saber: processamento da informação social, interação social e ajustamento social. Além disso, foi também constatada uma redução dos problemas emocionais e comportamentais. Discutem-se as características idiossincráticas de cada caso ao longo da intervenção e as implicações das sequelas do adoecimento no desenvolvimento da competência social.

Palavras-chave: intervenção psicológica, habilidades sociais, neoplasias encefálicas

Abstract

The immediate and late damages due to both the illness and the treatment for brain tumor in childhood, often, cause losses in the development of social competencies of the surviving kids. The goal of this study was to adapt an individual intervention in order to develop social competence of the surviving children of brain tumor and evaluate the pattern of changes in social competence of each case before the intervention, by means of a multiple cases study design. The study involved two mother-child dyads, who received three home visits for the pre-intervention assessment and three home visits, two months after the intervention, for the post-intervention assessment. It was used a form of socio-demographic data, a form of clinical information of the child, the form for parents from Social Skills Rating System (SSRS-BR), interviews with the mother and the child on child social adjustment and Child Behavior Checklist for child of 6-18 years (CBCL / 6-18 years). The intervention, which was immediately initiated after pre-intervention assessment, had an average of eight weekly sessions for social skills training and individual psychological care for the mother and the child in order to cover challenging situations not foreseen in treatment sessions that were already predefined. The data were submitted to analytical technique of logic modelo on individual basis. The results have shown an improvement of the social competence in both cases, as well as each of the components of this constructo: processing of social information, social interaction and social adjustment. Furthermore, it was also observed a reduction in emotional and behavioral problems. It is discussed the idiosyncratic characteristics of each case during the intervention and the implications of illness consequences in the development of social competence.

Keywords: psychological intervention, social skills, brain neoplasms

Sumário

INTRODUÇÃO

O tumor cerebral em crianças	14
A competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral.....	26
Modelos de intervenção para a promoção da competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral	43
Justificativa e objetivos	50

MÉTODO

Delineamento.....	52
Participantes.....	52
Procedimentos para coleta de evidências	53
Intervenção	55
Aspectos Éticos.....	58
Instrumentos	58
Procedimentos para análise das evidências	59

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caso 1: Alan e Ana

Avaliação pré-intervenção	61
Implementação da intervenção.....	69
Avaliação pós-intervenção	72

Caso 2: Betina e Bernadete

Avaliação pré-intervenção	78
Implementação da intervenção.....	87
Avaliação pós-intervenção	90

Análise das proposições do estudo: comparação entre as duas unidades de análise integradas	97
--	----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
----------------------------	-----

REFERÊNCIAS	108
-------------------	-----

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
--	-----

ANEXO B – Termo de Assentimento	118
---------------------------------------	-----

ANEXO C –Ficha de Dados Sociodemográficos	120
---	-----

ANEXO D –Ficha de Informações Clínicas da Criança	122
---	-----

ANEXO E – Entrevista Semiestruturada da Percepção da Mãe sobre o Ajustamento Social da Criança	123
ANEXO F – Entrevista Semiestruturada sobre a Auto Percepção do Ajustamento Social ...	125
ANEXO G – Descrição das sessões de intervenção depois de adaptadas	126
ANEXO H – Protocolo da atividade extra intervenção para a criança	153
ANEXO I – Protocolo da atividade extra intervenção para a mãe	159

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas das Díades Mãe-Criança Participantes	53
Tabela 2 – Classificações e Escores dos Problemas Emocionais e Comportamentais das Duas Crianças Avaliadas Pré e Pós-intervenção	103

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo teórico conceitual da competência social, conforme proposto por Yeates et al. (2007)	33
Figura 2 - Descrição das habilidades sociais temas das sessões planejadas	56
Figura 3 - Estrutura padrão das sessões planejadas	57

Introdução

Os tumores localizados no cérebro, sejam eles benignos ou malignos, representam uma grave ameaça ao desenvolvimento porque uma compressão das estruturas cerebrais frequentemente implica em prejuízos para o funcionamento do indivíduo em curto e longo prazo (Frosch, Anthony & Girolami, 2010). Os déficits cognitivos são os prejuízos tardios mais comuns em sobreviventes de tumor cerebral na infância, decorrentes tanto de características específicas da doença, quanto dos tratamentos a ele direcionados. As habilidades cognitivas são essenciais para a competência social, assim os déficits nessa capacidade frequentemente acarretam agravos no desenvolvimento dessa dimensão comportamental, e a literatura mostra que sobreviventes de tumor cerebral apresentam, com frequência, dificuldades marcantes na capacidade de interagir socialmente (Yeates et al., 2007).

Alguns estudos têm ressaltado que intervenções psicológicas podem promover as habilidades necessárias para o desenvolvimento da competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral (Barakat et al., 2003; Poggi et al., 2009). Contudo, além de poucos modelos de intervenção, a literatura permanece escassa no que diz respeito a intervenções com os pais, voltadas para o favorecimento da competência social de crianças sobrevivente de tumor cerebral. Este estudo discutirá esses aspectos com vistas a adaptar e testar os efeitos de uma intervenção individual voltada para o desenvolvimento da competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral.

O tumor cerebral em crianças

O câncer é definido como um grupo de várias doenças, que têm em comum o crescimento excessivo e não coordenado de células anormais, resultando em uma neoplasia que pode ocorrer em qualquer tecido do organismo (Stricker & Kumar, 2010). Contudo, nem toda neoplasia, ou seja, nem todo aumento de volume no tecido é câncer. As neoplasias são classificadas em *benignas* ou *malignas*, de acordo com o padrão de crescimento celular apresentado. Assim, diferentemente da neoplasia maligna, que é o câncer, a benigna tem um crescimento organizado e, em geral, lento, com limites bem definidos (Brasil, 2014b). Essa classificação tem relevância para quase todas as partes do corpo, porém, não se aplica aos casos de tumores do sistema nervoso central (SNC), visto que, mesmo considerando as características histológicas benignas de algumas neoplasias encefálicas, elas podem ser bastante graves, uma vez que o curso clínico da doença segue características relativamente

próprias de tumores cerebrais. A infiltração em extensas regiões do cérebro pode determinar a compressão de estruturas cerebrais essenciais para o funcionamento do corpo, além de dificultar ou inviabilizar a retirada cirúrgica completa, tornando o prognóstico ruim e levando a graves déficits clínicos, além da possibilidade de morte, em algumas ocasiões, decorrente da localização do tumor (Frosch et al., 2010). Uma neoplasia cerebral, portanto, corresponde a massas de células alteradas, do próprio cérebro, que crescem sem controle e que, em geral, são quadros graves, com prognóstico reservado.

Stricker e Kumar (2010) destacam que, além do crescimento desordenado e da capacidade invasiva, o câncer tem como propriedade a produção de metástases, que se caracteriza pelo crescimento à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário. No entanto, os cânceres do SNC, que são diferenciados em tumores intramedulares (quando ocorrem na medula espinhal) e em tumores intracranianos, também conhecidos como tumores cerebrais, possuem vias de disseminação que permitem a ocorrência de implantes tumorais ao longo do encéfalo e da medula espinhal, tornando raras as metástases para fora do SNC (Frosch et al., 2010). O termo *tumor* corresponde à outra terminologia utilizada nos relatos a respeito do câncer, que vem sendo referida como sinônimo de neoplasia. O estudo de tumores ou neoplasias é então denominado *oncologia* (do grego *oncos* = tumor).

A oncologia pediátrica, no entanto, revela algumas especificidades no que diz respeito às origens histológicas e comportamentos clínicos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer na infância é predominantemente de natureza embrionária e, por conta disso, as neoplasias na criança são constituídas por células indiferenciadas ou totipotentes – células que não têm uma função definida, como por exemplo, as células-tronco. Essa natureza embrionária tende a dificultar o diagnóstico e a facilitar o rápido crescimento do tumor, tornando-o mais agressivo e com menor período de latência. No entanto, esse tipo de câncer costuma apresentar melhor resposta ao tratamento (Brasil, 2009). Nesse sentido, os tumores cerebrais primários (que se iniciam no cérebro) são os mais comuns em crianças, enquanto que os tumores cerebrais metastáticos (que se iniciam em outros órgãos e se disseminam para o cérebro) são mais frequentes em adultos (DeAngelis & Wen, 2013). As neoplasias em crianças têm grande importância, uma vez que, embora apresentem menor incidência, quando comparadas a neoplasias em adultos, correspondem a um percentual entre 2% e 3% de todos os tumores no Brasil, sendo a primeira causa de morte por doença em crianças no país (Brasil, 2008). Em 2011, foram registrados 2.812 óbitos por câncer em crianças e adolescentes (de 0 a

19 anos), dados que refletem uma tendência constatada em países desenvolvidos, onde o câncer infantil é a segunda causa de morte (Brasil, 2014b).

Segundo dados publicados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008), os tumores do SNC são os mais frequentes tumores sólidos em crianças e adolescentes, de um a 14 anos de idade. Em uma escala geral, essa variedade é a terceira mais frequente, com percentual mediano de 13,4%, visto que as leucemias (que afetam glóbulos brancos – com maior incidência na faixa etária de um a quatro anos), com percentual mediano de 39% e os linfomas (do sistema linfático – principalmente na faixa etária de 15 a 18 anos), com percentual mediano de 15,5%, são, respectivamente, o primeiro e segundo tipo de câncer mais frequente em crianças. As estimativas para o próximo biênio destacam que essas variedades de tumores continuarão mais frequentes em crianças, sendo que os tumores do SNC (cerca de 8% a 15%) acometerão, principalmente, menores de 15 anos, com pico na idade de 10 anos (Brasil, 2014a). Dentre essas neoplasias pediátricas no SNC, as intramedulares apresentam respostas mais favoráveis ao tratamento, porém são menos incidentes, correspondendo a um percentual de 4% a 10%, quando comparadas às neoplasias cerebrais (Silva, Cappellano & Corrêa, 2010), que correspondem a quase 90% dos tumores do SNC em crianças.

Embora leucemias sejam as mais incidentes, a sobrevida dessa variedade de câncer é também representativa. Entretanto, o mesmo não acontece como tumor de sistema nervoso central, que apresenta maior frequência de prognósticos difíceis ou desfavoráveis (Brasil, 2009). Em 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a última classificação dos tumores do SNC, na qual previu quatro graus ascendentes de malignidade (Louis et al., 2007). Esses graus de malignidade foram definidos com base nos critérios de diagnósticos histopatológicos (que definem o comportamento biológico de um neoplasma) e clínicos e servem como referência básica para patologistas, neuropatologistas e outros profissionais que trabalham com esse tipo de neoplasia, dado que o prognóstico dos pacientes com esse tipo de câncer está estreitamente associado ao grau histológico do tumor (Frosch et al., 2010).

Para a OMS, a designação de grau I corresponde às neoplasias de baixo grau, que são, histológica e biologicamente, essencialmente benignas. Costumam ter bons prognósticos, sendo quase sempre curadas após ressecção cirúrgica total. Incluem-se nessa categoria tumores como os astrocitomas pilocíticos, os astrocitomas subependimários de células gigantes, os papilomas do plexo coróide e o glioma angiocêntrico. Já as neoplasias classificadas no grau II podem ser malignas ou benignas. São relativamente de baixo grau,

contudo, apesar do baixo nível de atividade proliferativa, podem evoluir para graus mais elevados. Nessa categoria incluem-se tumores como os astrocitomas difusos, os astrocitomas pilomixóides, os oligodendrogliomas, os oligoastrocitomas, entre outros. O grau III é geralmente reservado aos tumores com evidência histológica de malignidade, cujo tratamento é frequentemente realizado com radiação e/ou quimioterapia adjuvante. O carcinoma do plexo coróide e o tumor na região pineal são alguns exemplos de neoplasias com essa graduação. O último e mais agressivo, grau IV, que também é atribuído às neoplasias malignas, corresponde a neoplasmas propensos a necrose e com rápida evolução ou resultado fatal, como por exemplo os meduloblastomas anaplásicos e os glioblastomas multiformes e suas variantes (Louis et al., 2007).

Frosch et al. (2010) afirmam que, a recorrência de neoplasias no SNC frequentemente implica em uma progressão para um grau histológico superior, com alteração da nomenclatura patológica, ou seja, representa a progressão ao longo desse esquema de classificação, anteriormente descrito, ao invés de uma nova doença. Assim, o prognóstico de uma criança com essa variedade neoplásica dependerá, além da graduação atribuída, do tipo específico de tumor, do grau de ressecção, do índice de Karnofsky prévio ao tratamento (medida utilizada na área médica para classificar o grau de aptidões ou deficiências no paciente, ou seja, quanto mais baixo esse índice antes do tratamento, menor a sobrevida) e da idade do paciente (Rosemberg, 2010). Afora estes, o diagnóstico precoce também vem sendo destacado com absoluta relevância prognóstica por permitir que o tratamento seja iniciado antes que o tumor alcance altos graus de invasão (Stricker & Kumar, 2010; Brasil, 2011). Contudo, na infância, esse diagnóstico torna-se ainda mais difícil porque os sintomas que levam ao diagnóstico dessas neoplasias malignas são comuns a outras doenças mais frequentes na infância, como a cefaleia, o vômito ou as alterações no peso corporal (Brasil, 2009).

A nomenclatura dessas variedades de câncer é definida a partir das células afetadas. As células gliais (células não neurais do SNC, que proporcionam suporte e nutrição ao funcionamento do sistema nervoso), por exemplo, deram origem ao termo genérico glioma, que designa qualquer neoplasia dela derivada (Rosemberg, 2010). Os gliomas correspondem a cerca de 30% das lesões tumorais encefálicas em crianças e 80%, desse percentual, diz respeito a tumores malignos. Os gliomas de alto grau (graus III e IV), com tipo histológico maligno, representam de 15% a 20% de todos os tumores do sistema nervoso central pediátrico, têm localização variada, com predominância no córtex cerebral, tálamo e ponte. O

tipo mais comum no cérebro tem origem astrolítica, como o astrocitoma anaplásico e o glioblastoma multiforme (GBM) e maior frequência na faixa etária de nove a 10 anos, sendo raro em menores que quatro anos de idade. Nos gliomas do tronco cerebral a prevalência ocorre igualmente em meninos e meninas, principalmente com idades entre seis e sete anos. Nessa variedade os tumores malignos mais comuns são os gliomas difusos e infiltrativos do tronco cerebral. Eles têm origem principalmente na ponte, ocupam mais de 50% do tronco cerebral e, frequentemente, infiltram-se no mesencéfalo, no pedúnculo cerebelar, no cerebelo ou na medula (Silva et al., 2010).

Os meduloblastomas correspondem à maior incidência do tumor encefálico (cerca de 20%) em crianças de até um ano de idade, caracterizam-se por serem mal diferenciados ou embrionários e permanecem sem expressar as características fenotípicas de células maduras do SNC. Localizam-se na linha média do cerebelo e possuem alto grau de malignidade. Esses tumores costumam apresentar prognósticos desfavoráveis em pacientes sem tratamentos, entretanto, respondem bem a tratamentos radioterápicos. Já o tumor teratoide/rabdoide atípico, que também compartilha um alto grau de malignidade, apresenta-se em menor frequência, alcançando menos de 5% das neoplasias do SNC na infância. Ocorre, principalmente, na fossa posterior e nos compartimentos supratentoriais e, como também é considerado embrionário, atinge frequentemente crianças menores de cinco anos de idade (Frosch et al., 2010).

O terceiro tumor de SNC mais frequente em crianças e adolescentes (de zero a 19 anos de idade) corresponde ao ependimoma. Essa variação pode ser intramedular ou, em sua maioria, intracraniana (cerca de 66%). Além da localização (fossa posterior ou supratentorial), essa neoplasia pode variar entre os graus de malignidade I, II e III. Dessa forma, sua apresentação clínica dependerá da localização da neoplasia e da idade da criança. Por fim, o tumor primitivo neuroectodérmico supratentorial, embora com baixa frequência (cerca de 2% dos tumores do SNC em crianças), caracteriza-se por prognósticos ruins, em crianças com idades em torno de três anos (Silva et al., 2010).

Enfim, um tumor de SNC, principalmente aqueles localizados no cérebro, seja benigno ou maligno, representa uma grave ameaça à saúde, que requer acompanhamento médico regular e cuidado constante, ao longo de muitos anos, visto que a recorrência da doença implica em uma progressão no grau de sua agressão. Como visto, a doença apresenta prognóstico reservado que dependerá das características específicas da neoplasia e da forma

como o organismo afetado responderá aos tratamentos (Frosch et al., 2010). Nesse sentido, os dados epidemiológicos referentes à sobrevivência de crianças são apresentados para cada tipo específico de neoplasia. Embora, para esse estudo, não tenham sido encontrados dados epidemiológicos no Brasil, os registros dos Estados Unidos apresentam grande variedade nas taxas de sobrevivência de pacientes com tumores cerebrais que variam entre 94,63%, para tumores como o astrocitoma e 20,83%, para tumores como o meduloblastoma (Maldaum, Aguiar & Zambelli, 2010), o que ressalta a relevância na investigação do desenvolvimento dessas crianças. Com base nessas informações e levando em conta as graves ameaças associadas, este estudo terá como objetivo a avaliação de crianças com tumor cerebral, seja ele benigno ou maligno. Por considerar a natureza crônica dessa doença e a dificuldade em determinar sua completa cura, o termo ‘sobreviventes’ será aqui utilizado em referência a todos os pacientes diagnosticados com tumor cerebral, em tratamento ou após finalizá-lo.

Os fatores etiológicos para a neoplasia na infância, de forma geral, ainda não estão totalmente estabelecidos e são objeto de muitos estudos, entretanto, já é uma noção consensual que tanto causas externas quanto internas ao organismo se inter-relacionam na predisposição a essa patologia (Brasil, 2011). A mesma tendência pode ser observada, especificamente, em tumores cerebrais. As causas externas estão relacionadas aos fatores ambientais de risco como substâncias químicas, irradiação e vírus. Já as causas internas referem-se à predisposição genética ao tumor, que incluem condições imunológicas e mutações genéticas, e estão associadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (Maldaum et al., 2010). No entanto, mesmo considerando o grau de contribuição genética na formação de tumores, são raros os casos de neoplasias que se devem exclusivamente a fatores hereditários (Stricker & Kumar, 2010).

Considerando a natureza embrionária característica das neoplasias pediátricas, os fatores externos são mais frequentemente investigados de forma indireta. Esses fatores indiretos ocorrem quando, a partir do contato com adultos, a criança fica exposta a efeitos nocivos de componentes químicos de risco, aos quais os adultos se expuseram inicialmente, ou em exposições durante a vida intrauterina, quando a gestante se expõe a substâncias químicas de risco ou à irradiação, por exemplo, e os efeitos nocivos são compartilhados com o feto (Brasil, 2014a). Nesse sentido, Hargreave, Jensen, Toender, Andersen e Kjaer (2013), conduziram uma meta-análise para avaliar a associação entre os tratamentos para fertilidade e o câncer em crianças. Os resultados revelaram que as crianças nascidas após o tratamento de

fertilidade tinham maior risco para cânceres hematológicos, para cânceres do sistema nervoso central e para outros tumores sólidos. Entretanto, eles destacaram que esses resultados parecem não concluir se, de fato, os fatores predisponentes para o câncer em crianças, são os procedimentos para o tratamento de fertilidade, e não os fatores relacionados à infertilidade subjacente.

Como para os demais tipos de câncer, os tratamentos para tumores cerebrais podem variar entre cirurgias, radioterapias e quimioterapias, que, em muitas ocasiões, são modalidades terapêuticas utilizadas em conjunto. A ordem de importância e indicação varia a depender das características específicas da doença como o tipo de tumor cerebral, o tamanho e os sítios de invasão (Longo, 2013; Brasil, 2014b). Os tratamentos cirúrgicos recebem destaque por serem as principais estratégias de combate a esse tipo de doença e por serem considerados uma ferramenta essencial para prognósticos favoráveis. Entretanto, esse tipo de tratamento atinge apenas o tumor no setor loco-regional e apresenta melhores resultados quando utilizado em neoplasias benignas, visto que, quando utilizado como única intervenção no tratamento de tumores malignos, pode deixar células neoplásicas em circulação ou instaladas em outros sítios de disseminação, ainda não localizados (DeAngelis & Wen, 2013).

De forma combinada ou não, as cirurgias podem ocorrer em todas as fases de tratamento, tanto com objetivos profiláticos (prevenção) e de esclarecimento do diagnóstico (estadiamento), como com a função de tratamento radical ou paliativo. Contudo, além da limitação de uma intervenção local, alguns tratamentos cirúrgicos deixam sequelas, cicatrizes físicas ou emocionais, e podem impor ao paciente mutilações musculoesqueléticas, o que tende a aumentar as limitações e interferir na qualidade de vida do sobrevivente. Em alguns casos, a cirurgia com caráter profilático é mais radical que os procedimentos cirúrgicos para tratamento (Sausville & Longo, 2013). Essas questões, que implicam em sequelas permanentes, são consideradas como variáveis que influenciam a determinação do esquema terapêutico proposto.

A radioterapia (RT) é também compreendida como um tratamento loco-regional para a neoplasia. Trata-se de uma modalidade clínica que utiliza equipamentos e técnicas de radiação ionizante, a partir de raios X e raios gama, que são irradiados em áreas do organismo cuidadosamente demarcadas (Brasil, 2014b). Esse tipo de tratamento pode ser indicado tanto para pacientes com probabilidade de sobrevida, visando à erradicação do tumor, quanto para pacientes fora de possibilidades terapêuticas (em cuidados paliativos), com o objetivo de

proporcionar maior conforto e alívio da dor (Brasil, 2011; Sausville & Longo, 2013). A escolha da dose de radiação é determinada com base na idade da criança, na localização e no tamanho do tumor, sendo que para crianças mais novas são recomendadas doses menores (Silva et al., 2010).

O tratamento radioterápico pode ter como consequência a redução da imunidade, ou seja, das defesas do organismo, deixando a criança fadigada, cansada e mais susceptível à ocorrência de quadros infecciosos. Além disso, pode causar náuseas e vômitos que, quando não tratados corretamente interferem negativamente no estado nutricional, contribuindo para alterações no estado mental e prejudicando a adesão ao tratamento (Brasil, 2009). Outros inúmeros efeitos tardios graves e permanentes também vêm sendo relacionados às radioterapias no SNC. Por exemplo, ao conduzir um estudo caso-controle, em uma coorte de 14.372 sobreviventes de câncer infantil, Henderson et al. (2011) observaram que a exposição à radiação foi o fator mais importante relacionado ao desenvolvimento de sarcomas secundários nesses sobreviventes, quando comparado à quimioterapia. A amostra desse estudo foi composta por pacientes portadores de diversos tipos de câncer, dentre eles o câncer no sistema nervoso central. Outro estudo, com coorte retrospectiva e seguimento longitudinal, a respeito de sobreviventes de neoplasias malignas na infância se estendeu por cinco anos (de 1970 até 1986) e destacou, além do risco para desenvolver um segundo neoplasma, outras morbidades relacionadas à doença e ao tratamento no SNC (Armstrong, 2010). Esse estudo investigou riscos associados a 2888 sobreviventes, a partir da associação dos efeitos colaterais das quimioterapias e radioterapias direcionadas ao SNC e confrontou os dados alcançados com um grupo comparativo de 3899 irmãos saudáveis. O autor constatou que, a depender da localização do tumor, sobreviventes de câncer cerebral teriam maiores riscos para múltiplas doenças no sistema endócrino, cardiomiopatias subsequentes ou complicações neurológicas, como por exemplo, déficits de atenção, agilidade e memória.

Outra modalidade de terapia utilizada nos tratamentos de tumores cerebrais é a denominada quimioterapia (QT), muito frequente no tratamento da doença em crianças. A quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que corresponde ao uso de substâncias químicas antilábicas (que agem sobre células blásticas, células-jovens, no combate ao câncer), genericamente denominadas quimioterápicos, mas que podem corresponder também a outras substâncias além dos quimioterápicos, como os hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos e alvoterápicos (Brasil, 2014b).

Diferentemente do tratamento cirúrgico e da radioterapia, que são loco-regionais, esse tratamento tem ação sistêmica e direcionada para células com rápida divisão celular e crescimento anormal, como os neoplasmas. No entanto, muito frequentemente, esse tratamento atinge tanto as células neoplásicas quanto as células normais em divisão celular, causando efeitos colaterais (Brasil, 2009). Assim, para reduzir os danos causados pela toxicidade dos quimioterápicos, embora alguns possam ser administrados por via oral, a maior parte deles é administrada por via endovenosa, em conjunto com tratamentos antibioticoterápicos (uso de antibióticos baseados nos sintomas do paciente, sem necessariamente identificar a bactéria causadora da infecção). E, em alguns casos, essa administração pode ser realizada com sistemas de perfusão sofisticados que possibilitam manter maior concentração dessas substâncias nos sítios tumorais, evitando toxicidade em tecidos normais (Sausville & Longo, 2013). Nesses casos os pacientes necessitam de internação hospitalar e, mesmo nos casos que podem ser conduzidos ambulatoriamente, recomenda-se acompanhamento rigoroso (Brasil, 2009).

Esse tratamento deve ser administrado continuamente ou em intervalos regulares, a depender do esquema quimioterápico proposto e, como os demais, pode ser administrado conjuntamente em todas as fases do adoecimento (Brasil, 2014a). A quimioterapia prévia ou neoadjuvante, por exemplo, tem como função a redução de tumores avançados para melhores prognósticos, já a quimioterapia adjuvante ou profilática é indicada após o tratamento cirúrgico, quando a neoplasia maligna não se apresenta de forma detectável por exame físico ou exames complementares. A quimioterapia curativa tem como finalidade a cura de pacientes com tumores para os quais essa é a principal modalidade de tratamento, como muitas das variedades de câncer que acometem crianças. Além dessas finalidades, existem quimioterapias para o controle temporário da doença e quimioterapias paliativas, indicadas para o tratamento de cânceres avançados ou recidivados, e sem chances de cura. As que proveem o controle temporário permitem longa sobrevivência, enquanto que as paliativas, apenas amenizam os sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas não necessariamente prolongam a sobrevivência do paciente (Brasil, 2011).

O planejamento dessa modalidade terapêutica é prévio e deve seguir rigorosos protocolos médicos, além de ter a dose ajustada para cada doente, de acordo com sua superfície corporal, obtida a partir da relação entre peso e altura do paciente (Brasil, 2014b). Contudo, mesmo diante de cuidados específicos para a redução das adversidades, essa

modalidade de tratamento acarreta muitos efeitos colaterais. Entre os diferentes tipos de efeitos, alguns são classificados como agudos, por ocorrerem imediatamente após o início do tratamento, como a anemia, as náuseas e vômitos, a alopecia (perda total ou parcial de pelos e cabelos), a insuficiência renal e a febre (Brasil, 2009; Longo, 2013). Outros são classificados como tardios, por surgirem meses ou anos após o fim do tratamento, como a infertilidade (Tromp et al., 2011), as cardiopatias (Armstrong et al., 2013), a fibrose pulmonar (Mertens et al., 2002), atraso no crescimento (Dalton et al., 2003) e problemas emocionais decorrentes de tratamentos com quimioterápicos como os corticosteroides ou interferon (Kurtz & Abrams, 2011).

Além das comorbidades supracitadas, sobreviventes de tumor cerebral, frequentemente, evoluem com déficits neurocognitivos, que tendem a se agravar ao longo da vida (Boman, Hovén, Anclair, Lannering, & Gustafsson, 2009; Duffner, 2010). Esses déficits frequentemente estão associados à prejuízos na atenção, na função executiva (capacidade do indivíduo de iniciar, monitorar e planejar tarefas, além de controlar emoções), na velocidade de processamento, na memória de trabalho e na aprendizagem, mas podem variar a depender de alguns fatores de risco (Massimino et al., 2011). Os déficits neurocognitivos são também responsáveis pelo declínio no Quociente de Inteligência (QI), dado que essa perda resulta da incapacidade da criança de aprender em um nível apropriado para a sua idade, e não da perda de informações previamente adquiridas. Assim, crianças com prejuízos nesses importantes domínios cognitivos teriam maiores dificuldades em desenvolver e adquirir novas habilidades (Massimino et al., 2011; Mulhern, Merchant, Gajjar, Reddick, & Kun, 2004).

A radioterapia e a dose de radiação utilizada recebem destaque como o principal fator de risco para déficits cognitivos relacionados ao tratamento, visto que a maior parte dos tratamentos são direcionados para a massa branca do cérebro, que é responsável pelo suporte e estruturação cerebelar. A idade da criança durante o tratamento, por sua vez, vem sendo enfatizada porque é durante a infância que as estruturas fisiológicas do cérebro se desenvolvem, e qualquer intervenção atípica nesse período interfere no desenvolvimento (Duffner, 2010; Massimino et al., 2011; Mulhern et al., 2004). Outro importante fator de risco é a localização do tumor. Quando este se situa próximo ou no cerebelo, a compressão inicial exercida pela neoplasia ou pela ressecção cirúrgica pode causar danos a essa estrutura cerebral, resultando em problemas cognitivos e neuropsicológicos. Dada a ligação direta e recíproca com o lobo frontal, o cerebelo exerce um importante papel nas funções cognitivas e

um dano a essa estrutura pode resultar em déficits a longo prazo na linguagem e comunicação, na habilidade visual e na regulação comportamental e emocional (Palmer, 2008). Além desses fatores, variáveis como o sexo feminino e a maior duração de tempo desde o tratamento também vêm sendo apontadas como fatores de risco aos prejuízos cognitivos (Boman et al., 2009).

Com o objetivo de esclarecer quais tipos de déficits estariam relacionados ao tratamento e à localização do neoplasma, Mabbott, Penkman, Witol, Strother e Bouffet (2008) propuseram um estudo com uma amostra homogênea quanto à localização do tumor (que incluía gliomas de baixo grau, meduloblastomas e ependiomas). Os autores investigaram os prejuízos cognitivos tardios relacionados a atenção sustentada, a velocidade do processamento de informação e a memória de trabalho em crianças tratadas para tumor na fossa posterior. Os resultados deste estudo revelaram que a radiação cranial e complicações residuais após a cirurgia estariam associadas ao prejuízo na velocidade do processamento de informações das crianças avaliadas. Aos prejuízos encontrados na memória de trabalho, os autores sugeriram que dever-se-ia à interação radiação/quimioterapia, associada ao lento processamento de informações. Contudo, diferente de outros estudos, não foram identificados déficits na sustentação da atenção. Para esses autores, a localização do tumor poderia explicar os danos causados a essa função neurocognitiva, visto que os estudos, por eles revisados, que destacavam esses prejuízos, avaliaram crianças com lesões na região supratentorial.

Em uma investigação sobre como a piora da competência social durante a adolescência poderia afetar a transição para a vida adulta, Schultz et al. (2007), identificaram diversas alterações socioemocionais, responsáveis por comprometer a competência social. Neste estudo, foram investigados 2979 sobreviventes de diversos tipos de câncer, dentre eles o câncer do SNC. Os achados revelaram que os sobreviventes submetidos a algum tipo de radiação relataram mais comportamentos que indicavam depressão/ansiedade, déficits de atenção, comportamento antissocial e perda da competência social, que aqueles submetidos apenas a cirurgias. As diferenças entre os tipos de câncer evidenciaram ainda que esses problemas socioemocionais foram mais graves em pacientes do grupo com tumor de SNC, que receberam radiação cranial. Também destacando a radiação como fator de risco para alterações comportamentais nesse contexto, os dados de Vannatta, Gerhardt, Wells, e Noll. (2007) ressaltaram que quanto mais intensos foram os tratamentos direcionados ao SNC, mais

frequentemente o sobrevivente apresentava comportamentos agressivos e disruptivos, tornando menos comuns os comportamentos pró-sociais.

Conforme relatado anteriormente, os prejuízos causados a essa população de crianças em fase de desenvolvimento tornam-se ainda mais graves, principalmente, porque os impactos desses problemas se estendem a outras fases do desenvolvimento, atingindo inclusive a vida adulta. Com base nessas informações e com o intuito de caracterizar as condições de vida de sobreviventes de câncer cerebral, em um longo prazo, Boman et al., (2009) realizaram um estudo de base populacional. Eles investigaram, em adultos sobreviventes de câncer cerebral na infância, cerca de 16 anos após o diagnóstico, a incidência e o tipo de persistentes efeitos tardios funcionais e relacionados à saúde. Em comparação à população geral, os sobreviventes relataram severas diferenças nos sentidos visão, audição e fala, dificuldades na mobilidade física, sequelas cognitivas e prejuízos na saúde em geral. Ademais, ao longo do desenvolvimento, esses danos funcionais repercutiram em problemas psicossociais relacionados ao baixo status educacional, à maior necessidade de reforço escolar e subsídios do governo, além da menor probabilidade de ter filhos. Outro fator sociodemográfico, a baixa renda familiar de sobreviventes, foi destacada por Schultz et al. (2007) como associada à déficits de atenção, retraimento social e conflito com pares. Esses dados ressaltam o pressuposto de que as dificuldades de sobreviventes de tumor cerebral na infância, mesmo diante da cura ou do sucesso no tratamento, em muitas ocasiões, tendem a seguir ao longo da vida, em suas diversas dimensões, principalmente quando a criança evolui com funções cognitivas mais comprometidas.

Em resumo, os tumores cerebrais na infância são enfermidades graves, com prognóstico reservado. O tratamento, por sua vez, envolve procedimentos invasivos, dolorosos e prolongados, que muitas vezes implicam na hospitalização da criança, impondo restrições e mudanças expressivas em sua rotina de vida. Além disso, os diferentes tipos de tratamento aos quais os pacientes são submetidos podem causar inúmeros efeitos colaterais, deformidades físicas e déficits no funcionamento cognitivo desses pacientes. Todas essas características e implicações dos tumores cerebrais no contexto da infância fazem com que as crianças e as famílias que se deparam com essa condição passem por experiências de extremo sofrimento físico e psicológico. O processo de diagnóstico e tratamento, e os posteriores efeitos colaterais e prejuízos cognitivos causados pelos tumores cerebrais, somado ao sofrimento gerado por essas experiências, também produzem grande impacto sobre o

desenvolvimento socioemocional da criança. O desenvolvimento socioemocional de crianças com tumores cerebrais, que constitui o foco do presente projeto de pesquisa, será examinado na próxima seção, com destaque para o desenvolvimento da competência social nesse contexto.

A competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral

O desenvolvimento infantil no contexto de adoecimento devido a tumores cerebrais apresenta diversas características específicas. Como já foi mencionado na seção anterior, o tumor cerebral e os tratamentos a ele direcionados impõem à criança sofrimento físico e emocional, incluindo graves efeitos adversos e déficits cognitivos, que afetam seu desenvolvimento (Brasil, 2009; Mulhern, et al., 2004). Ademais, outros aspectos psicossociais recebem destaque, quando esse evento de risco incide em períodos críticos do desenvolvimento socioemocional (Boman et al., 2009; Duffner, 2010), dado que diversos prejuízos tardios no funcionamento cognitivo e motor dessas crianças tendem a ser agravados ao longo dos anos (Massimino et al., 2011; Mulhern et al., 2004; Palmer, 2008) e se constituem como uma ameaça em uma trajetória desenvolvimental. A literatura ressalta que os déficits ou dificuldades cognitivas, relacionados à capacidade de adquirir, armazenar e utilizar informações sociais, estão fortemente associados à problemas no desenvolvimento da competência social (Mabbott et al., 2008; Schulte & Barrera, 2010; Wolfe et al., 2013).

A competência social se refere à qualidade das habilidades para interagir socialmente e ao sucesso alcançado nas interações sociais (McFall, 1982). Essa dimensão comportamental se desenvolve desde os primeiros anos da infância (Taborsky & Oliveira, 2012) e tem implicações no funcionamento do indivíduo em diferentes contextos sociais. Crianças com menor competência social tendem a apresentar dificuldades em iniciar e manter uma relação interpessoal, a ser rejeitadas por pares, a ter prejuízos acadêmicos, além de estarem mais vulneráveis aos problemas comportamentais externalizantes e internalizantes (Schulte & Barrera, 2010; Yeates et al., 2007).

Desde os anos 1980, a principal limitação na investigação da competência social se constituiu na dificuldade de definir o conceito. Nesse sentido, ao revisar uma enorme quantidade de definições, Dodge (1985) sugeriu que a quantidade de investigadores da competência social refletia a quantidade equivalente de definições desse conceito. Ilustrando essa diversidade, o estudo teórico de Rose-Krasnor (1997), que teve como objetivo a revisão

de alguns modelos teóricos da competência social, destacou uma variedade de modelos como o proposto por Dodge e Murphy (1984), que concebia a avaliação da competência social infantil a partir de dimensões relacionadas aos valores sociais. Segundo esse modelo, os comportamentos sociocompetentes deveriam ser avaliados a partir do relato de outros atores sociais, como os pares e professores, que identificariam e julgariam os comportamentos como competentes ou não. Outro modelo revisado por Rose-Krasnor (1997) foi proposto por Rubin (1982), e se baseava em estratégias normativas, como a idade e as normas de classe social, para identificar o grau de sociabilidade da criança. Além dessas propostas, o modelo desenvolvido por Asher (1985), que previa a avaliação da competência social com base em comportamentos pró-sociais específicos, foi revisado no estudo realizado por Cavell (1990). Uma diversidade conceitual pode ainda ser observada em anos mais recentes (Dirks, Treat, & Weersing, 2007).

Algumas críticas aos modelos da década de 1980 discutiam a importância de avaliar comportamentos específicos (análise molecular), em detrimento de comportamentos gerais (análise molar). Naquela época, os pesquisadores frequentemente investiam em uma análise molecular da competência social investigando, por exemplo, a capacidade da criança de fazer novas amizades. Esse tipo de investigação específica negligenciava uma análise molar da situação que, nesse caso, por exemplo, avaliaria, além da habilidade para fazer novas amizades, a capacidade de manter essas amizades, de se comunicar de forma assertiva e de resolver problemas sociais nesse contexto de interação. Alguns estudiosos consideravam que a avaliação molecular indicaria a competência social apenas para o comportamento específico que era avaliado, enquanto que uma avaliação molar seria capaz de dar indícios da competência social em diferentes contextos (Cavell, 1990). Com vistas a responder a tais críticas, Dodge, Pettit, McClaskey, Brown & Gottman (1986) propuseram um modelo geral para a investigação do funcionamento social, que tinha como base a relação entre o comportamento e o processamento da informação social. Segundo esses autores, o modelo de processamento da informação, que resultaria em níveis de competência social, era composto por cinco etapas sequenciais: 1) capacidade de codificar estímulos sociais – habilidade que envolve atenção, sensação e percepção dos estímulos sociais, e avaliação do contexto e situações sociais; 2) representação mental dos estímulos para a própria interpretação – capacidade de inferir, a partir de estímulos específicos, a intenção do outro com o qual se interage; 3) buscar ou generalizar respostas comportamentais possíveis a partir do estímulo

apresentado – envolve a memória, uma vez que essa etapa presume a capacidade de armazenar informações sobre experiências sociais prévias; 4) etapa de avaliação de escolha – consiste na capacidade de avaliar os resultados e consequências possíveis (para si e para o próximo), escolhendo a melhor opção; e 5) o resultado do comportamento social – envolve habilidades motoras e verbais para se comportar da maneira definida na etapa 4. A partir desse modelo, os autores avaliaram os comportamentos de crianças do ensino fundamental, tanto a partir de uma análise molar quanto a partir de uma análise molecular, e constataram que uma análise molar realmente possibilitava uma melhor avaliação da competência social em diferentes contextos.

A complexidade da competência social a revela como um construto metateórico que envolve, simultaneamente, variáveis pessoais, interpessoais, biológicas e ambientais (Taborsky & Oliveira, 2012). Dessa forma, embora tenham obtido sucesso ao propor uma avaliação da competência social em um nível molar, o modelo proposto por Dodge et al. (1986) foi criticado por apresentar uma estrutura sequencial linearmente rígida do processamento da informação (Crick & Dodge, 1994). Embora eles considerassem que cada etapa acontecia velozmente, eles defendiam o pressuposto de que uma etapa precedia a outra, seguindo uma sequência unidirecional. Assim, dada a complexidade do construto competência social, os críticos discutiram o processamento como um acontecimento que segue caminhos paralelos, simultaneamente. Nesse sentido, Crick e Dodge (1994) reformularam o modelo anterior considerando que, em uma interação social, o indivíduo pode permanecer simultaneamente engajado em múltiplas etapas do processamento da informação (por exemplo, a criança pode estar interpretando um estímulo, ao mesmo tempo em que codifica o mesmo, ou outro estímulo social). A reformulação do modelo, então, foi proposta com um componente cíclico que permitiria o envolvimento simultâneo em diferentes etapas do processamento da informação e o retorno a um dos níveis anteriores. Por exemplo, uma criança que já estivesse interpretando um estímulo social, poderia voltar a recodificar o mesmo estímulo apresentado. Essa proposição, no entanto, não descartou o valor sequencial do modelo prévio, posto que os autores sugeriram que a porção sequencial do modelo anterior tinha grande valor heurístico para entender o processamento de um estímulo único.

Esse modelo reformulado destacou, além do componente cíclico, o caráter transacional da competência social, que funciona integrando na memória experiências sociais passadas para guiar comportamentos futuros (Crick & Dodge, 1994; Rose-Krasnor, 1997). Assim,

pressupõe-se que uma criança que tem oportunidades mais frequentes de interagir em grupos sociais, teria também mais oportunidades para desenvolver sua capacidade de autorregular o comportamento. Nesse contexto, a capacidade cognitiva recebe destaque como essencial para o desenvolvimento da competência social. A compreensão de que variáveis cognitivas como atenção, memória e o quociente de inteligência (QI) e diferenças no temperamento influenciam na capacidade da criança de adquirir novas habilidades, revela que os níveis do desenvolvimento da competência social variam em função da idade e do sexo da criança (Crick & Dodge, 1994; Rose-Krasnor, 1997). Nesse contexto, restavam ainda dúvidas a respeito das dimensões que seriam suficientes para avaliar competência social. Alguns modelos priorizavam o julgamento social, outros a avaliação da quantidade de amigos, e ainda outros a frequência de comportamentos pró-sociais (Cavell, 1990).

Ao revisar alguns modelos teóricos que conceituavam a competência social, Cavell (1990) considerou que as lacunas teóricas, decorrentes de modelos que pressupunham uma investigação enviesada, poderiam comprometer os estudos que objetivavam avaliar a competência social. O autor afirmou que variáveis como a aceitação social, o status sociométrico, a frequência de interações sociais e o julgamento de valores sociais por outros atores sociais, embora importantes, não eram suficientes para avaliar esse construto multinível. Assim, a fim de compensar as lacunas existentes, Cavell (1990) propôs o modelo *tri-componente de competência social*, no qual buscou reformular e associar as abordagens desenvolvidas por McFall (1982), Gresham (1985), Hops (1983) e McConnell e Odom (1986). Esse modelo pressupunha uma abordagem molar (avaliação de comportamentos gerais) e foi definido e formado por três componentes: *habilidades sociais*, *performance social* e *ajustamento social*. Essas dimensões caracterizavam um quadro hierárquico e abarcavam diferentes aspectos relevantes da competência social.

Como base nesse modelo hierárquico, o componente habilidades sociais pressupõe apenas a avaliação de capacidades específicas da criança que viabilizariam uma performance competente em uma tarefa social, e não o comportamento sociocompetente em si. Assim, este componente foi subdividido em três habilidades: habilidade de codificação, que seria a capacidade de perceber e identificar estímulos sociais; habilidade para tomada de decisão, que corresponde à capacidade de pesquisar, testar e selecionar respostas possíveis, avaliando o impacto da escolha nos sentimentos dos outros; e a habilidade de generalização, ou seja, a capacidade de generalizar uma sequência de comportamentos adequados, fazendo ajustes

baseados em *feedbacks*. Nesse sentido, uma criança com habilidade social adequada teria capacidade de se comportar de forma assertiva, compreendendo seus sentimentos e os sentimentos das pessoas com as quais interage e autorregulando os comportamentos, com base no impacto que eles teriam naquele contexto social. Por exemplo, a capacidade de identificar a irritação do amigo por não ter mais a posse de um brinquedo, pode facilitar a escolha da criança de se comportar assertivamente, compartilhando o mesmo brinquedo ou propondo uma nova alternativa de distração. Já o componente performance social se caracteriza, não pela capacidade, mas pelos comportamentos que são apresentados em tarefas específicas ou em trocas sociais. Uma melhor performance social, então, pode ser avaliada a partir da observação do quão eficaz são os comportamentos utilizados para alcançar objetivos específicos nas interações sociais, considerando o contexto. Por exemplo, quão hábil a criança é para fazer ou receber um elogio, ou pedir uma informação, seriam medidas da dimensão performance social. Por fim, o ajustamento social estaria associado ao produto do funcionamento social, e sua adequabilidade estaria fundamentada em valores sociais, dos diferentes domínios da vida (pessoal, social e profissional) e apropriados para a idade. O ajustamento social, então, seria fundamentado por três referenciais: 1) as conquistas sociais, que seria o nível em que o indivíduo alcança as expectativas sociais, e incluiria aspectos como saúde física e bem-estar, QI adequado, sucesso acadêmico, níveis apropriados de certas variáveis emocionais e motivacionais (como autoestima e autocontrole), e a ausência de condutas delinquentes, agressivas ou de esquiva escolar; 2) o julgamento global da competência social, que seria a apreciação, a partir de noções implícitas, dos comportamentos que representariam características específicas como liderança ou timidez. Este julgamento poderia ser eliciado tanto pela própria criança, quanto pelos pais, pares ou professores; e 3) a aceitação pelos pares, que se refere à extensão em que a criança é indicada como preferida pelos pares (Cavell, 1990).

A classificação da competência social proposta por Cavell (1990), além de considerar a complexidade do construto, englobando variáveis pessoais, interpessoais, biológicas e ambientais, parece ter a amplitude necessária para abarcar os objetivos metodológicos propostos por diversos autores (Crick & Dodge, 1994; McFall, 1982; Dirks et al. 2007; Rose-Krasnor, 1997). Ademais, o principal legado dessa reformulação, herdada da abordagem proposta por McFall (1982), foi o esclarecimento sobre a diferenciação entre os conceitos de ‘habilidades sociais’ e ‘competência social’, frequentemente utilizados como sinônimos. As

habilidades sociais, que constituem apenas um componente da competência social, envolvem capacidades cognitivas, como a memória e a inteligência, necessárias ao funcionamento competente em contextos sociais. Por sua vez, a competência social foi descrita como mais complexa englobando, além do componente habilidades sociais, outros dois componentes, ajustamento social e performance social. Entretanto, mesmo diante desse conceito de competência social, que pressupõe uma avaliação dos comportamentos do indivíduo em diferentes contextos, Cavell (1990) ainda questionava uma maneira efetiva para avaliar a pouca ou a falta de competência social. Ele reconhecia que os déficits nas habilidades sociais eram importantes, mas afirmava que eles não explicavam completamente o funcionamento social em dada situação. Outros fatores, como a motivação, por exemplo, quando uma criança falha na performance de um comportamento que faz parte de seu repertório, ou seja, de suas habilidades previamente adquiridas, devido à perda de incentivo ou a alta excitação hormonal, em um dado momento, poderiam contribuir para uma performance inadequada.

Também com intuito de reformular modelos teóricos previamente propostos, Rose-Krasnor (1997) revisou conceitos e propôs uma organização dos modelos. Seu modelo, denominado *Prisma da Competência Social*, pressupunha três níveis sequenciais: o nível *Teórico*, o nível de *Índice*, e o nível de *Habilidades*. Segundo esse modelo, a avaliação da competência social compreenderia, além das capacidades em cada um desses níveis, uma habilidade para integrar os níveis dentro de uma sequência efetiva. No nível teórico, ao considerar que os comportamentos eficazes seriam aqueles organizados para atender às necessidades do desenvolvimento em curto e longo prazo, a competência social foi definida como a eficácia comportamental na interação social. Nesse sentido, a competência social seria caracterizada como resultado de uma construção ao longo do desenvolvimento, que emergiria das interações interpessoais, a depender do contexto, e não de um conjunto de comportamentos pré-definidos. O índice foi descrito como o nível que englobava a distinção entre dois domínios, o *self* e o *outro*. O domínio *self* indicava aspectos da competência social que priorizava as necessidades próprias do indivíduo. Já o domínio *outro* incluía aspectos da competência social que envolviam uma conexão interpessoal. A competência social no nível índice seria, então, a capacidade de alcançar os objetivos pessoais, mantendo o equilíbrio entre as necessidades do *self* e do *outro*. O último nível, habilidades, incluiu tanto capacidades cognitivas, sociais e emocionais, quanto a motivação. Assim, diferentemente do nível índice que pressupõe uma natureza social, o nível habilidades implica em capacidades do indivíduo,

próprias de suas características biológicas e pessoais. Esse modelo ressaltou a importância da autonomia e da comunicação como dimensões essenciais ao bom ajustamento social, principalmente, ao considerar que o objetivo central de uma interação social seria balancear as necessidades do indivíduo e as necessidades do outro.

Mais recentemente, empenhados em propor um modelo heurístico integrativo para a competência social de crianças com distúrbios cerebrais na infância, Yeates et al. (2007) incorporaram o modelo proposto por Cavell (1990) e o associaram às contribuições teóricas propostas por Rose-Krasnor (1997) e por Crick e Dodge (1994). Ao rever alguns modelos teóricos do construto e constatar o consenso sobre o papel essencial das capacidades cognitivas do indivíduo para o desenvolvimento da competência social (Martinez, Carter, & Legato, 2011; Schulte & Barrera, 2010; Taborsky & Oliveira, 2012), eles enfatizaram a importância de esclarecer a dinâmica desse construto, especificamente, para crianças com algum distúrbio cerebral. Assim, a relevância desse esclarecimento baseou-se, principalmente, na compreensão de que o desenvolvimento de crianças com distúrbio no cérebro estaria sujeito às características específicas da doença. Esta compreensão inclui, então, uma ponderação ao componente ajustamento social, conforme proposto por Cavell (1990), que dentre outros referenciais, incluía a avaliação da saúde física. Mesmo ao utilizar o termo 'distúrbio cerebral na infância' para englobar uma vasta gama de anormalidades e lesões cerebrais (tanto adquiridos na concepção, como no desenvolvimento), Yeates et al., (2007) consideraram o entendimento de que nem toda desordem cerebral tende a afetar o desenvolvimento social em um mesmo grau ou da mesma maneira.

Nesse sentido, seguindo o padrão de complexidade do construto, o modelo teórico desenvolvido por Yeates et al., (2007) foi também descrito como multinível, por considerar que a competência social seria definida a partir de três componentes (Cavell, 1990), bem como integrativo, por conceber a importância da relação entre esses componentes (Rose-Krasnor, 1997). Além disso, os três componentes dessa definição, *processamento da informação social*, *interação social* e *ajustamento social*, foram igualmente descritos adotando o pressuposto sequencial, proposto em modelos prévios (Cavell, 1990; Crick & Dodge, 1994; Rose-Krasnor, 1997). A partir desse modelo teórico, Yeates et al., (2007) buscaram especificar as relações entre o ajustamento social, os relacionamentos e interações com pares, a comunicação e resolução de problemas sociais, os processos afetivo-sociais e cognitivo-executivos e seus substratos cerebrais.

Ao considerar que as habilidades sociais (Cavell, 1990) corresponderiam às características pessoais da criança, Yeates et al. (2007) destacaram o processamento da informação social (Crick & Dodge, 1994) como um determinante crítico da competência social. Esse nível foi, então, caracterizado por cinco etapas: 1) interpretação das situações; 2) esclarecimento dos objetivos; 3) generalização das alternativas de respostas; 4) seleção e implementação de uma resposta específica; e 5) avaliação dos resultados, que seriam influenciadas por fatores cognitivos e afetivos do sujeito. O segundo componente, a interação social, corresponde ao nível da performance social no modelo de Cavell (1990). No modelo de Yeates et al., foi descrito como resultante das classes de comportamentos afiliativos (de aproximação, como os pró-sociais), comportamentos agressivos (de confronto, que resultam em afastamento) e comportamentos de retraimento social (evitação da interação social). O ajustamento social, que corresponde ao último componente, foi definido como o resultado da auto percepção, bem como da percepção de outros (como os pares, os pais ou professores), a respeito do produto do funcionamento social. Essa distinção na avaliação do ajustamento social, com base na própria percepção e na percepção dos outros, tem especial relevância para crianças com distúrbios cerebrais, porque tal distúrbio pode afetar sua capacidade de consciência dos próprios déficits sociais e nesse sentido, é preciso avaliar esse componente a partir de dados de outros informantes além da própria criança (uma vez que ela pode não ter boas condições de se avaliar nesse aspecto). Esse modelo teórico (Figura 1) pressupõe ainda que os efeitos de fatores cognitivos e afetivos na interação e no ajustamento social seriam, em parte, mediados pelos resultados desses fatores na resolução de problemas sociais. Assim, o processamento da informação, a interação social e o ajustamento social foram descritos como intimamente inter-relacionados.



Figura 1. Modelo teórico conceitual da competência social, conforme proposto por Yeates et al. (2007).

Outra contribuição substancial do modelo apresentado por Yeates et al. (2007) se refere à inclusão da influência de variáveis ambientais como o estilo parental, o funcionamento familiar e o status socioeconômico no desenvolvimento da competência social. Embora outros modelos teóricos (Crick & Dodge, 1994) tenham considerado a influência de algumas variáveis ambientais, elas não foram diretamente expressas na definição do construto, tampouco foram extensamente discutidas. Dentre muitos aspectos ambientais como o *status* ocupacional, a saúde mental parental e o conflito parental, os autores também evidenciaram a influência de dimensões como a qualidade da relação e o tipo de apego estabelecido entre a díade pai/mãe-criança, apontadas como capazes de influenciar as interações e o ajustamento social da criança. Além das variáveis ambientais, esse modelo teórico enfatiza a contribuição da neurociência cognitiva social (que descreve a importância e a função de cada área cerebral, no comportamento social). Contudo, essas contribuições não serão aqui discutidas, dado que o objeto deste estudo tem como foco intervenções psicológicas que contribuem para a competência social da criança sobrevivente de tumor cerebral.

As diversas abordagens da competência social, preveem a mensuração de diferentes dimensões (como por exemplo, o desempenho social e as capacidades de se comportar socialmente) que, juntas, compõem o construto. Embora outros modelos teóricos, tenham contribuições para o enriquecimento conceitual do construto, a reformulação proposta por Cavell (1990) segue sendo, ao longo dos anos, bastante utilizada na avaliação da competência social. Entretanto, este estudo adotará o modelo teórico de competência social proposto por Yeates et al. (2007), porque, além de abarcar os diferentes componentes que compõem o construto, conforme o que foi proposto por Cavell (1990), esse modelo se mostra mais amplo ao incluir em sua definição a influência parental e foi desenvolvido, especificamente, para crianças com alguma desordem no cérebro, o que constitui a população alvo deste estudo. Ademais, esse modelo teórico utiliza e discute o impacto de aspectos do desenvolvimento (como o padrão de interação pais-criança) sobre a competência social.

A proposta de Yeates e colaboradores ressaltou o caráter multideterminado da competência social, apontando como preditores variáveis da criança, do adoecimento e do ambiente social. As variáveis do ambiente estão relacionadas principalmente ao tipo de relacionamentos sociais estabelecidos. Assim, uma criança que convive em um ambiente familiar saudável, com pais que utilizam, mais frequentemente, estilos autoritativos (baseado

em estratégias de regulação comportamental, utilizando disciplinas moderadas, com o esclarecimento de normas e limites, e um envolvimento emocional adequado) tem maior probabilidade de desenvolver habilidades de autorregulação comportamental, se comparada a crianças que convivem em um ambiente caracterizado por conflitos familiares e dificuldades socioeconômicas, por exemplo (Yeates et al., 2007). As variáveis do adoecimento estão relacionadas às limitações biológicas ou sociais (quando a frequência de interações sociais é mais restrita), próprias da doença, que implicam danos ao desenvolvimento socioemocional. Como variáveis da criança, as capacidades cognitivas recebem destaque. Crianças com maiores habilidades de manter a atenção focalizada, com bons níveis de QI para codificar os estímulos sociais e com capacidade de reter na memória informações recentemente adquiridas, tendem a ter maior sucesso comportamental em interações sociais. De modo contrário, crianças com déficits cognitivos tendem a apresentar dificuldades no desenvolvimento das habilidades necessárias ao desempenho socialmente competente. Essa dificuldade pode ser observada em interações sociais nas quais crianças com tais déficits tendem a apresentar maior frequência de comportamentos agressivos ou de retraimento. Nesse sentido, ao considerar que a competência social é desenvolvida principalmente nas interações sociais, Taborsky e Oliveira (2012) ressaltaram a relação recíproca entre os problemas nos comportamentos socialmente competentes e as dificuldades no acesso à interação social. Crianças com problemas na competência social tendem a ser rejeitadas pelos pares ou a apresentar comportamentos de retraimento. Esses aspectos limitam seu acesso a interações sociais e, conseqüentemente, suas oportunidades para desenvolver estratégias de autorregulação comportamental, o que, por sua vez, pode potencializar seus problemas comportamentais.

Ao relacionar esses preditores da competência social às características específicas de crianças com tumor cerebral, fica claro que os notáveis déficits cognitivos decorrentes da enfermidade implicam prejuízos para a competência social dessa população. Conforme evidenciado, essas crianças, além do déficit cognitivo característico da doença, têm sua rotina cotidiana alterada, o que implica limitações importantes nas interações sociais. Ao revisar a literatura, entre os anos 2000 e 2009, de estudos que avaliaram a competência social de sobreviventes de tumor cerebral na infância, Schulte e Barrera (2010) revelaram que os resultados apontavam para prejuízos no ajustamento social em todos os estudos que tinham como informantes os pais ou cuidadores. Dados contrastantes a esses resultados foram

encontrados apenas em alguns estudos que também contavam com o auto relato de sobreviventes ou com o relato de professores. Assim como nessa revisão, outros estudos (Schulte et al., 2010; Wolfe et al., 2013), que também encontraram essas divergências, consideraram que os sobreviventes de tumor cerebral na infância tenderiam a subnotificar ou reprimir suas dificuldades psicossociais, ou ainda que as dificuldades nas capacidades cognitivas dificultariam a percepção ou a consciência, por parte da criança, de seu déficit social (Vannatta et al., 2007; Yeates et al., 2007). Embora não tenham sido encontrados argumentos que expliquem as divergências entre os relatos de pais e professores, é possível considerar que os pais, que estão mais constantemente em contato e monitorando os comportamentos dos filhos, percebam dificuldades no comportamento social da criança, enquanto os professores talvez não consigam notar esses déficits no contexto escolar, onde dividem sua atenção entre muitos alunos. Esses déficits na competência social de crianças tratadas para a neoplasia cerebral já podem ser identificados nos primeiros meses após o diagnóstico e início do tratamento (Schulte et al., 2010; Schultz et al., 2007).

Crianças acometidas por um tumor de cérebro frequentemente evoluem com alterações neurocomportamentais, que repercutem em diferenças discrepantes, antes e após o diagnóstico, nas relações sociais e, conseqüentemente, na competência social (Schulte & Barrera, 2010). As diferenças mais comuns se caracterizam pela desaceleração neurocomportamental. Crianças com esse tipo de tumor tendem a se desenvolver com déficits no funcionamento executivo (que envolve o comportamento social, o controle inibitório e a memória de trabalho), na manutenção da atenção e na velocidade de resposta. Esses déficits representam problemas para a competência social, por comprometer a assertividade em interações sociais, e estão associados à dificuldades na comunicação, cooperação, responsabilidade, empatia e autocontrole (Wolfe et al., 2013). Também associada a essa desaceleração, sobreviventes tendem a ter prejudicada a sua capacidade de adquirir novas habilidades, posto que sua capacidade de memória estaria prejudicada (Massimino et al., 2011; Vannatta et al., 2007). Essa dificuldade, além de comprometer o desenvolvimento acadêmico, pode prejudicar também a competência social, visto que é nessa fase de desenvolvimento e durante as interações sociais que a criança desenvolve diversas habilidades para autorregular o comportamento e responder de forma assertiva aos estímulos sociais (Yeates et al., 2007).

As dificuldades no desenvolvimento da competência social são também evidenciadas a partir de dados que revelaram a baixa aceitação social. Vannatta et al. (2007), por exemplo, propuseram um estudo para investigar a associação entre a intensidade do tratamento direcionado ao SNC e a competência social de crianças com leucemia, linfoma ou tumor sólido do SNC. Eles avaliaram os relatos de 82 sobreviventes, com idade entre nove e 17 anos, e de outros respondentes como pares ou professores. Os resultados apontaram que os pacientes do sexo masculino e aquelas crianças mais novas no período do diagnóstico, que receberam mais tratamentos no SNC, foram menos aceitos e pouco reconhecidos como amigos pelos colegas. A intensidade desse tipo de tratamento foi ainda associada à percepção, dos colegas de classe, de que os sobreviventes eram socialmente isolados. Como salientado pela teoria da competência social, essa privação de interações sociais, durante a infância, pode comprometer o desenvolvimento da competência social, principalmente porque a criança não teria oportunidades de, em situações da vida cotidiana com pares, resolver conflitos e desenvolver sua capacidade de autorregulação (Yeates et al., 2007). Também na revisão realizada por Schulte e Barrera (2010), foi enfatizado que os sobreviventes de tumor cerebral tinham tendência a ser excluídos por pares e, segundo o relato dos pais, tinham menos amigos do que os sobreviventes de outros tipos de neoplasias, e do que a população em geral.

Algumas alterações nas características físicas da criança estão associadas à rejeição por pares e também repercutem nos déficits na competência social. Nesse sentido, Schulte et al. (2010) investigaram a relação entre o peso corporal (a partir do Índice de Massa Corpórea – IMC) e a competência social de 54 crianças e adolescentes, com idades entre oito e 18 anos. Crianças com taxas mais altas do IMC (ainda que acima do peso por idade) apresentaram melhores resultados na competência social e avaliaram melhor a si próprias com relação à presença de amigos íntimos. Nesse aspecto, a literatura evidencia que os prejuízos relacionados à aparência física tendem a se estender ao longo dos anos. Em um estudo de base populacional, realizado na Suécia, Boman et al. (2013) avaliaram a extensão em que a saúde geral e a capacidade funcional contribuiriam para distúrbios na imagem corporal. Os resultados dessa investigação revelaram que a capacidade funcional piora ao longo do tempo após o fim do tratamento e que o pior status funcional foi um preditor de piores resultados na imagem corporal. Esses problemas foram ainda mais graves para sobreviventes do sexo feminino. A imagem corporal, nesse contexto, se destaca na eficácia do funcionamento comportamental nas relações sociais. Outras alterações como a capacidade intelectual geral,

os escores específicos de inteligência verbal e não-verbal, bem como os problemas emocionais de ansiedade/depressão e retraimento social estão associados aos déficits na competência social (Schulte & Barrera, 2010; Schulte et al., 2010; Schultz et al., 2007). Como preconizado pela teoria proposta por Yeates et al. (2007), a interação social é um dos componentes que define a competência social. Dessa forma, ao compreender que os padrões emocionais (por exemplo, maiores níveis de ansiedade e depressão) vivenciados pela criança influenciam seu desempenho comportamental, compreende-se esses padrões emocionais como preditores da competência social e a consequente relação intrínseca entre os problemas emocionais e os prejuízos comportamentais exibidos por essas crianças.

Outros preditores da competência social estão relacionados às características da família e de familiares e ao padrão de interação familiar, mas permanecem ainda pouco explorados. Embora, para este estudo, não tenham sido encontradas investigações sobre a influência de características parentais ou do padrão de interação pais-criança no desenvolvimento da competência social de sobreviventes de tumor cerebral, a literatura destaca o impacto desses fatores em estudos empíricos com crianças sem doenças crônicas. Hartas (2011), por exemplo, investigou o impacto de fatores de risco socioeconômicos e parentais, segundo relatos de pais e professores, sobre a competência social e os problemas de comportamento da criança. Além desses, ela avaliou também a influência de características específicas da criança (como as habilidades cognitivas e a capacidade de comunicação) e do ambiente familiar (como a sensibilidade parental, a aprendizagem no lar, os afetos parentais e a saúde mental da mãe). Para isso realizou um estudo longitudinal com uma amostra representativa de 15.808 crianças da Inglaterra, que foram avaliadas aos três e aos cinco anos de idade.

Os resultados indicaram que dados sociodemográficos como o desemprego e a pobreza estiveram associados às menores taxas de competência social e aos piores escores nos problemas socioemocionais e comportamentais da criança. A escolaridade da mãe e a qualidade de sua saúde mental também tiveram amplo impacto no desenvolvimento socioemocional e comportamental da criança. Esses dados sugerem que em famílias nas quais os pais têm baixa escolaridade e, possivelmente, repertório social restrito, as crianças tendem a ter dificuldade no desenvolvimento socioemocional. As habilidades cognitivas e de vocabulário da criança contribuíram significativamente nas taxas de problemas comportamentais relatadas pelos professores, indicando uma associação entre os piores

escores nas habilidades cognitivas e de vocabulário e os maiores escores de problemas de comportamento. Esses dados referentes às características maternas e às habilidades com o vocabulário e cognitivas da criança, além de associados aos problemas de comportamento, também podem prejudicar a capacidade de a criança se comportar de forma competente em interações sociais. O afeto positivo e a sensibilidade parental emergiram como relevantes preditores de comportamentos pró-sociais, enquanto que o afeto negativo e os distúrbios psicológicos maternos foram bons preditores de problemas comportamentais. Ademais, reforçando essa premissa sobre o impacto das características dos pais e do ambiente familiar na competência social da criança, o estudo revelou que o impacto de variáveis sociodemográficas como o emprego, a renda e a escolaridade materna foi insignificante quando incluídas as variáveis da família e da criança. Assim destacaram a saúde mental materna, as práticas parentais e os afetos parentais como essenciais para o desenvolvimento socioemocional infantil.

Na mesma perspectiva, Brophy-Herb, Lee, Nievar e Stollak (2007) investigaram as características da família e do ambiente escolar que estariam associadas à competência social das crianças, conforme classificada por pais e professores. A partir dos dados de 183 crianças, em idade pré-escolar, eles verificaram que as crianças que se desenvolviam em um ambiente com pouca estrutura familiar (dimensão relacionada à parentalidade, bem como ao estresse familiar e parental) apresentaram as piores classificações nas habilidades sociais. Também nesse estudo, outras variáveis familiares como o nível socioeconômico e a escolaridade parental foram associadas à competência social, indicando que em famílias mais pobres e com pais pouco instruídos, a criança apresentava mais dificuldade na competência social. Esses dados ressaltam a importância da família e de suas diversas características no desenvolvimento da competência social. É possível que nessas famílias com prejuízos relacionados à parentalidade e com dificuldades financeiras as interações sejam marcadas pelo estresse, o que pode prejudicar a aquisição de comportamentos sociocompetentes pelas crianças. Os resultados evidenciaram também que crianças com altos níveis de estresse tenderam a demonstrar menos competência social quando estavam na sala de aula ou com outras crianças que também tivessem dificuldades de se comportar de forma socialmente competente. No sentido oposto, um clima emocional positivo na sala de aula foi apontado como preditor de adequadas taxas de competência social. Os autores concluíram o estudo enfatizando a importância de programas de intervenção para criança, pais e professores.

A parentalidade recebe destaque como preditora do desenvolvimento socioemocional infantil porque é no ambiente familiar que a criança estabelece as primeiras interações, que lhes servirão de modelo para seus comportamentos em outros ambientes, inclusive no contexto de interações com pares (Schlinger, 1995). Para a Análise do Comportamento, a criança é reconhecida enquanto uma entidade biológica e psicológica e se desenvolve a partir das mudanças decorrentes das interações que estabelece com o ambiente físico, social e histórico-contextual. Com ênfase nas mudanças, essa teoria pressupõe que de forma recíproca a criança se comporta afetando o ambiente e sendo influenciada por ele (Bijou, 1995). Sendo assim, desde as primeiras interações no ambiente familiar a criança produz efeitos nos comportamentos dos pais e tem seu próprio comportamento modificado por essas consequências.

Bijou (1995) esclareceu que, para o desenvolvimento psicológico, o que importa nos estímulos do ambiente são as funções que eles exercem nas diversas interações. Essas *funções de estímulo* estão relacionadas à maneira com a qual o estímulo se vincula ao comportamento, se eliciando-o, se fortalecendo-o ou enfraquecendo-o contingencialmente, ou se enviando sinais para sua manifestação ou supressão. Assim, considerando o fato de que o termo função de estímulo é utilizado para indicar a consequência específica do estímulo para o indivíduo, um único estímulo pode exercer mais de uma função, que pode variar entre função eliciadora, reforçadora ou discriminativa.

Um estímulo do ambiente pode ser compreendido como qualquer evento físico, químico, orgânico ou sociocultural que pode ser mensurado diretamente ou através de instrumentos. A função de cada estímulo nos comportamentos de diferentes crianças pode variar a depender de fatores como as características de seu temperamento, seu estado socioemocional, as experiências previamente vivenciadas por ela, entre outros. Assim, nem todos os estímulos exercem uma função de estímulo, porque nem todos os estímulos afetam o comportamento de todas as crianças (Bijou, 1995). Embora cada estímulo se relacione de forma específica ao comportamento de cada criança, os estudos sobre a Psicologia do Desenvolvimento têm destacado alguns padrões de interação entre as funções de estímulo decorrentes das práticas parentais e o comportamento socioemocional da criança (Möller, Nikolic, Majdandzic, & Bögels, 2016; Zarra-Nezhad et al., 2014).

Ao longo do desenvolvimento a resposta comportamental da criança vai sendo modificada pelas consequências que ela produz (Skinner, 1953/1989). Nesse sentido, a função

reforçadora dos estímulos sociais gerados pelos comportamentos dos pais tem especial relevância no fortalecimento ou enfraquecimento do repertório socioemocional dos filhos. A partir da apresentação (reforço positivo) ou retirada (reforço negativo) de estímulos durante a interação, os pais podem aumentar a probabilidade de a resposta adequada ser apresentada (Bijou, 1995). Esses estímulos parentais podem ser compreendidos como as estratégias utilizadas pelos pais em interações com os filhos, para regular seus comportamentos e emoções.

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, existe uma diversidade de modelos teóricos que discutem as estratégias utilizadas pelos pais para ajustar os comportamentos dos filhos e suas repercussões para o desenvolvimento infantil (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016; Baumrind, 1966; Denham, Bassett, & Wyatt, 2008). Entretanto, a maioria converge para a mesma premissa de que estratégias parentais contingencialmente consistentes, caracterizadas pela sensibilidade ao contexto e às demandas da criança tendem a favorecer o desenvolvimento, enquanto que estratégias de controle rígido e inconsistentes, caracterizadas pelo distanciamento emocional tendem a prejudica-lo (Denham et al., 2008; Grusec, 2011). Ao discutir sobre as contingências na interação pais-criança, Alvarenga (2006) salientou que, para um desenvolvimento favorável, o comportamento infantil deve gerar consequências positivamente reforçadoras tanto para a criança quanto para os outros. Desse modo, ela destacou a importância da função dos comportamentos, ao salientar que em alguns contextos comportamentos considerados inadequados não deveriam ser punidos por estarem exercendo uma importante função na interação da criança com o ambiente.

Os comportamentos das crianças são contingencialmente modelados, principalmente, quando os pais garantem a segurança do ambiente e respondem de forma consistente fornecendo instruções precisas sobre regras socialmente aceitáveis, incentivando a autonomia do filho e acolhendo suas emoções. Nesse contexto as crianças tendem a se comportar de forma mais assertiva e a serem mais capazes de regular a próprias emoções também em outros ambientes sociais, além do familiar. Por outro lado, os excessos de proteção, de liberdade ou de punição por parte dos pais tendem a prejudicar o desenvolvimento da criança, especialmente, por não favorecerem a autorregulação emocional e comportamental (Grusec, 2011).

Por exemplo, em interações parentais caracterizadas pelo excesso de cuidado e proteção, os pais tendem a restringir demasiadamente a autonomia da criança, limitando suas

oportunidades de apreender novas habilidades (Hile, Erickson, Agee, & Annett, 2014). Por outro lado, filhos de pais que criticam seus comportamentos excessivamente e de forma hostil, tendem a se tornar crianças retraídas, o que também limitaria as oportunidades para aquisição de novas habilidades (Lins & Alvarenga, 2015). Por não serem adequadamente inseridas em um contexto social, nem instruídas sobre alternativas assertivas de comportamento, crianças que se desenvolvem em ambientes com esse tipo de restrição tendem a apresentar tanto déficits emocionais quanto comportamentais (Alvarenga et al., 2016; Tillery, Long, & Phipps, 2014). Considerando o fato de que o desenvolvimento do indivíduo resulta das mudanças decorrentes da interação entre o comportamento e o ambiente relacionado à maturidade (Bijou, 1995), os efeitos dos excessos de proteção, controle ou críticas tendem a repercutir mais gravemente para crianças mais velhas, principalmente devido ao descompasso desenvolvimental existente entre a maturidade biológica e as limitações no desenvolvimento psicológico (Möller et al., 2016). Em condições favoráveis ao desenvolvimento, desde as primeiras interações os pais devem encorajar a autonomia e independência da criança, fornecendo-lhe tanto apoio e segurança emocional quanto modelos de comportamentos adequados para interações sociais em diversos contextos (Möller et al., 2016; Schlinger, 1995).

Além das influências de estratégias parentais, a literatura também destaca os efeitos das características maternas no desenvolvimento infantil. Os traços de ansiedade da mãe, por exemplo, podem desencadear ansiedade nos filhos (Pereira, Barros, Mendonça, & Muris, 2014) e o estresse parental tem sido apontado como preditor de prejuízos nas relações interpessoais da criança (Hile et al., 2014). O tipo de afeto envolvido nas interações entre cuidadores e crianças também tem sido consistentemente associado aos problemas emocionais e comportamentais nas crianças (Alvarenga et al., 2016; Denham et al., 2008; Lins & Alvarenga, 2015). Embora esses últimos estudos não tenham sido realizados com crianças que tiveram um tumor cerebral, o status de saúde da criança não implica, necessariamente, em mudanças nas estratégias parentais (Tillery et al., 2014). Dessa forma, é possível considerar que diversos padrões de influência parental sejam comuns tanto a crianças saudáveis como a crianças com diferentes tipos de diagnósticos.

Para a Análise do Comportamento, as características emocionais da mãe também correspondem a uma classe de estímulos com potencial para modificar os comportamentos da criança (Bijou, 1995). Mães que vivenciam altos níveis de estresse parental tendem a se

comportar de forma menos assertiva nas interações com a criança. Em alguns casos elas se mantêm emocionalmente afastadas do contexto de interação com a criança e apresentam dificuldades para perceber suas demandas e assim tem maior dificuldade de orientá-las. Em outras situações, por terem seus comportamentos afetados pelo estresse, as mães influenciam os comportamentos das crianças ao exibir apenas, ou mais frequentemente, comportamentos pouco assertivos, que servirão de referência para a criança em outros contextos sociais (Schlinger, 1995). De modo semelhante, os comportamentos de ansiedade da mãe podem evocar comportamentos de ansiedade nos filhos, por conta da frequência com a qual esse modelo padrão emocional é apresentado nas interações familiares. Ademais, os prejuízos emocionais maternos podem ser resultado de um restrito repertório de habilidades para lidar com as próprias emoções. Nesse caso, por não saber lidar com as próprias emoções, a mãe também apresentaria dificuldades para orientar a autorregulação emocional da criança.

Em síntese, o déficit na competência social desses sobreviventes tem sido, reiteradamente, enfatizado como um prejuízo relevante para o desenvolvimento, e prevalente nos diversos tipos de tumor cerebral. Os déficits cognitivos, as características emocionais, as mudanças na aparência física da criança e os padrões de interação familiar foram destacados como importantes preditores da competência social nesse contexto de adoecimento. Assim, crianças com tumor cerebral se desenvolvem em um ambiente de risco que lhes expõe ao sofrimento e à privação social. Essas crianças são frequentemente descritas como socialmente isoladas, seja pela fragilidade imposta pela doença, ou pela rejeição por pares. Sua competência social é comumente prejudicada pelas dificuldades cognitivas e pela dificuldade em dispor de ambientes sociais adequados para praticar e desenvolver habilidades que facilitem a interação e resolução de conflitos sociais. Contudo, embora esses prejuízos sejam graves, a literatura aponta a possibilidade de que eles possam ser atenuados por meio de intervenções psicológicas, tanto direcionadas para a criança quanto para os pais ou cuidadores. Na seção seguinte serão apresentados resultados de diferentes modelos de intervenção psicológica, que têm como foco o favorecimento da competência social nessa população.

Modelos de intervenção para a promoção da competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral

Conforme abordado nas seções anteriores, o déficit na competência social implica em prejuízos no funcionamento do indivíduo em diferentes aspectos, como nas relações sociais, na saúde mental e no desempenho acadêmico. Assim, considerando a prevalência desses déficits em crianças sobreviventes de tumor cerebral e em busca por favorecer a qualidade de vida desses sobreviventes, alguns estudiosos têm se dedicado a investigar a eficácia de intervenções psicológicas em benefício da competência social dessa população.

Schulte, Vannatta e Barrera (2014), por exemplo, avaliaram os efeitos de uma intervenção em grupo para a competência social de sobreviventes de tumor cerebral na infância. Eles investigaram a competência social com base em duas dimensões do modelo teórico, conforme definido por Yeates et al. (2007), processamento da informação social (com base na capacidade de resolução de conflitos) e interação social. Participaram dessa intervenção 10 crianças e cinco adolescentes, com idade média de 11,76. Todos os participantes, de ambos os sexos, tinham diagnóstico de tumor cerebral (benigno ou maligno), já haviam completado o tratamento e estavam medicamente estáveis, sem prejuízos severos na cognição ou comunicação. As intervenções em grupo ocorreram em oito sessões semanais que focaram no treinamento de seis habilidades sociais: 1) fazer amigos; 2) cooperar; 3) manejar a provocação e o *bullying*; 4) resolver conflitos; 5) empatia; e 6) assertividade. As avaliações pré e pós-intervenção foram realizadas, respectivamente na primeira e na última sessão de intervenção. Para avaliar o processamento da informação social, eles utilizaram um instrumento padronizado (Social Problem Solving Measure – SPSM) que examina a capacidade de generalizar respostas verbais para a resolução de problemas sociais (a partir de cenários desenhados que descreviam as mudanças e conflitos sociais). Utilizaram também um sistema de gravação em vídeo para documentar as interações comportamentais dos participantes durante 10 minutos, na hora do lanche, avaliando assim, o componente interação social.

Os resultados desse estudo indicaram uma melhora da competência social, no nível da interação social. Não foram encontradas diferenças significativas entre a proporção de estratégias referidas para a resolução de conflitos nos cenários com conflito e sem conflito, mas foi constatado aumento significativo na frequência de jogo interativo e nas verbalizações. A conversação social também aumentou significativamente e houve uma melhora marginalmente significativa na frequência do jogo cooperativo ao longo das sessões. O comportamento de ouvir os outros diminuiu com a intervenção, mas os autores do estudo

consideraram essa mudança como positiva, por considerar que os sobreviventes são comumente reservados, e por conjecturar que o aumento na frequência de verbalizações e conversações sociais implicaria na diminuição do comportamento de ouvir os outros. Esses estudiosos concluíram que talvez as dificuldades de sobreviventes de tumor cerebral se devam à exibição das habilidades sociais no nível da performance, mas não no nível do processamento da informação social, avaliado nesse estudo a partir da resolução de problemas sociais.

Schulte, Bartels e Barrera (2014) também avaliaram a eficácia de uma intervenção em grupo para a competência social de crianças e adolescentes sobreviventes de tumor cerebral, inovando, nesse contexto, ao utilizar um grupo comparação e as impressões de professores dos participantes do grupo intervenção. Os participantes, de ambos os sexos, tinham entre sete e 18 anos de idade ($M=12,31$; $DP=2,33$), já haviam completado o tratamento e estavam clinicamente estáveis, sem prejuízos severos na comunicação ou cognição. O grupo intervenção (GI) foi composto por 15 participantes e o grupo comparação (GC) foi formado por outros 12 participantes que foram selecionados por ter interesse no estudo, porém, não participaram da intervenção por relatarem dificuldade de conciliar tempo ou transporte para o local onde foram realizadas as intervenções. Estes grupos não diferiram significativamente quanto à idade, gênero, status socioeconômico, distância do centro de tratamento, etnia, diagnóstico, localização do tumor, tratamento, idade de diagnóstico e tempo desde o fim do tratamento. Também nesse estudo, as avaliações pré e pós-intervenção foram realizadas no primeiro e no último dia de intervenção. Pais, participantes e professores responderam às suas respectivas versões do Social Skills Rating System (SSRS), participantes e professores responderam a subescala de problemas sociais do Child Behavior Checklist (CBCL), e a subescala de funcionamento social do Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) foi respondida pelos pais e participantes, em suas respectivas versões.

As intervenções foram realizadas em oito sessões semanais, das quais seis foram utilizadas para trabalhar habilidades sociais de fazer amigos, de manejar o bullying, de resolver conflitos, de empatia e de assertividade e outras duas para treinar e compartilhar com familiares as habilidades adquiridas. Os resultados demonstraram uma melhora no total dos escores das habilidades sociais no GI, após as intervenções, e nenhuma mudança significativa no GC. Esses dados foram bastante relevantes principalmente porque antes de iniciar o programa de intervenção, GI e GC não apresentaram diferenças significativas na dimensão

habilidades sociais. Outro dado revelou que, embora nenhuma mudança significativa referente aos problemas sociais (apenas uma tendência à redução) tenha sido observada no grupo intervenção, foi constatado um aumento significativo desses problemas no grupo comparação. Também segundo o relato dos professores, foi verificada uma melhora nas habilidades sociais no grupo intervenção. Os autores concluíram o estudo constatando a eficácia da intervenção e considerando a evidência preliminar da generalização dos resultados da intervenção em outros ambientes sociais, com base nos relatos dos professores.

Barakat et al. (2003) também avaliaram a eficácia de uma intervenção em grupo para melhorar as habilidades sociais e o funcionamento social de crianças tratadas para o tumor cerebral, avaliando também o impacto do funcionamento cognitivo na eficácia dessa intervenção. Este estudo apresentou um diferencial ao incluir nos procedimentos uma intervenção com um dos pais de cada participante. Assim, os participantes do estudo foram 13 díades pai/mãe-criança/adolescente. Os sobreviventes de tumor cerebral tinham entre quatro e 18 anos de idade ($M= 10,77$) e já tinham finalizado o tratamento, ao menos há seis meses. Os pesquisadores utilizaram o SSRS, respondido por pais, sobreviventes e professores, para avaliar as habilidades sociais. O CBCL foi usado para avaliar os problemas externalizantes e internalizantes e o PedsQL, para avaliar a competência social, a estabilidade emocional e a auto competência. A Wechsler Intelligence Scale foi utilizada para avaliar a capacidade de aprendizagem verbal e não verbal. Adicionalmente, uma avaliação neuropsicológica da criança foi realizada aproximadamente um mês antes da intervenção e nove meses após a última sessão foi realizado o *follow-up*. Além disso, na última sessão, pais e crianças avaliaram a intervenção com base em um modelo de *feedback* desenvolvido especificamente para esse estudo.

As intervenções foram realizadas separadamente em grupos de pais e grupos de sobreviventes, com duração de seis sessões distribuídas semanalmente. O objetivo da intervenção foi diminuir o isolamento e aumentar as relações de amizade, a partir do treinamento de habilidades como comunicação verbal, capacidade de começar, manter e finalizar conversas, dar e receber elogios, empatia, resolução de conflitos, e cooperação. No fim de cada intervenção foi recomendada uma tarefa de casa semanal relacionada à habilidade desenvolvida na sessão, que seria revisada por pais e sobreviventes na sessão seguinte. As sessões foram organizadas para discutir exemplos bons e maus de cada habilidade através de *role-play*. O grupo dos pais foi elaborado para aumentar os efeitos da intervenção realizada

com a criança. Assim, no grupo dos pais foram adicionadas informações relacionadas às habilidades sociais alvo na resolução de problemas, para que essas habilidades pudessem ser praticadas em casa e na escola, além de discussões sobre o impacto da doença da criança na família. Em cada sessão os pais recebiam um folheto informativo que descrevia as habilidades sociais daquela semana e suas respectivas atribuições. As intervenções com os pais, então, enfatizaram os resultados necessários para que eles pudessem avaliar e reforçar ou corrigir seus filhos no uso das habilidades sociais.

Os resultados indicaram uma melhora significativa na competência social das crianças e nos problemas internalizantes, além de uma tendência à melhora dos problemas externalizantes (conforme relatado pelas crianças). O relato dos pais também indicou melhora na competência social das crianças e o relato dos professores revelou melhora dos problemas externalizantes e dos problemas de comportamento em geral (CBCL). Sobre o impacto do funcionamento cognitivo na eficácia da intervenção, os resultados apontaram uma associação significativa entre a compreensão verbal e as mudanças nos externalizantes, internalizantes e habilidades sociais (conforme relato dos professores). A dimensão ‘organização perceptual’, do instrumento que avalia a inteligência, esteve associada à menores escores de problemas externalizantes e o melhor funcionamento verbal e não-verbal relacionou-se a melhores habilidades sociais e à diminuição dos problemas de comportamento. Para os autores, a intervenção foi eficaz e apresentou resultados preliminares que requerem novos estudos que explorem os aspectos essenciais para a eficácia dessas intervenções.

Diferente dos demais modelos, Poggi et al. (2009) realizaram um estudo para descrever a eficácia de uma intervenção individual, para sobreviventes de tumor cerebral na infância e adolescência. Esse modelo de intervenção foi fundamentado na terapia cognitivo-comportamental e direcionado a crianças com problemas comportamentais significativos e déficits nas habilidades sociais. Participaram do estudo 40 sobreviventes, sendo que 17 deles compuseram o grupo intervenção e outros 23 participantes foram reunidos no grupo comparação. Os participantes tinham entre quatro e 18 anos de idade e foram selecionados no Instituto Eugenio Medea, que tem como função a reabilitação de crianças que adquiriram alguma lesão cerebral. A designação dos participantes para o grupo intervenção foi definida com base na identificação de problemas psicológicos e comportamentais significativos, além de déficits nas habilidades sociais. Já o grupo comparação foi composto por pacientes desse instituto que não receberam nenhuma intervenção para esses problemas. Como instrumentos

de investigação foram utilizados o CBCL para avaliar problemas de comportamento, o Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) para avaliar o desempenho individual em atividades da vida diária, necessários para a independência individual e social. Foram ainda utilizadas entrevistas semiestruturadas para pais e professores sobre a comunicação, as habilidades da vida diária, habilidades sociais e habilidades motoras. A intervenção durou entre quatro e oito meses, com duas a três sessões individuais durante a semana. Foi constatada uma melhora significativa nas habilidades sociais do grupo intervenção e em duas dimensões desse domínio: relacionamentos interpessoais e imitação. Ademais, o GI apresentou uma diminuição significativa nas seguintes subescalas do CBCL: queixas somáticas, retraimento social, problemas de atenção, problemas sociais, problemas internalizantes e o total de problemas de comportamento. No entanto, na publicação, não constavam informações sobre a equivalência entre os dois grupos comparados na avaliação realizada antes do procedimento terapêutico. Os autores concluíram o estudo apontando a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e destacando que esse modelo terapêutico favorece a reestruturação cognitiva e permite uma intervenção psicoeducacional para o gerenciamento da doença de forma apropriada.

Algumas lacunas teóricas foram identificadas nos modelos de intervenção apresentados. Os programas de intervenção avaliados nesses estudos foram predominantemente baseados no treinamento de habilidades sociais com as crianças e apenas um estudo incluiu o componente interação social, porém, apresentou resultados que exigem cautela por conta de escolhas metodológicas. Os dados sobre a interação social de dois desses estudos (Schulte, Bartels, et al., 2014; Schulte, Vannatta, et al., 2014) devem ser analisados com certa ponderação, pois as avaliações pós-teste foram realizadas apenas imediatamente após a intervenção, o que pode ter prejudicado a identificação de mudanças comportamentais decorrentes especificamente da intervenção. Assim, os dados que apontam para uma melhora na frequência de interação social são questionáveis, porque não foi possível uma reavaliação no *follow-up* e porque existe a possibilidade de que, não necessariamente a intervenção tenha facilitado o aumento nas interações, mas sim o contato contínuo daqueles participantes em um mesmo grupo de intervenção. Outra lacuna se refere ao fato de que as quatro intervenções negligenciaram variáveis da interação pais-criança. A despeito da importância desse tipo de tratamento, apenas uma dessas três intervenções incluiu os pais nos procedimentos, entretanto, não investigou a relação entre o padrão de interação pais-criança e os resultados na

competência social da criança, o que, de acordo com o modelo de competência social (Yeates et al., 2007), poderia contribuir para o sucesso da intervenção.

Chama a atenção o fato de que três desses estudos não tenham envolvido os pais ou cuidadores no procedimento de intervenção, uma vez que a literatura mostra claramente o impacto das habilidades parentais no desenvolvimento da competência social dos filhos. Estudos que avaliam intervenções voltadas para a melhora da competência social na população infantil com enfermidades crônicas, ratificam a importância das práticas e estilos parentais sobre a competência social. Por exemplo, Scholten et al. (2013) testaram a eficácia de uma intervenção padronizada em grupo, conhecida como *Op Koers*, e os efeitos adicionais de uma intervenção com os pais, comparando um grupo intervenção com um grupo controle. Participaram deste estudo 194 díades cuidador-criança/adolescente, que foram randomicamente organizados em três grupos: 1) intervenção *Op Koers* apenas para crianças; 2) *Op Koers* com um programa parental paralelo; e 3) grupo controle, que foi composto como uma lista de espera que seria também submetida à intervenção após o último *follow-up* dessa primeira avaliação. As crianças ou adolescentes, entre oito e 18 anos de idade, tinham alguma doença crônica e foram selecionados em ambulatórios de diversos hospitais na Holanda. Foram excluídos os participantes com severas dificuldades de aprendizado ou com problemas na linguagem que dificultassem sua capacidade de preencher os questionários de forma independente. As avaliações pré-teste foram realizadas um mês antes de iniciar a intervenção e o *follow-up* foi realizado seis e 12 meses após o fim da intervenção.

O programa de intervenção com as crianças incluiu seis sessões semanais em grupo, com duração de 90 minutos, e uma sessão de reforço seis meses depois da última sessão. Cada grupo de intervenção tinha de quatro a oito participantes. Foram ensinadas algumas estratégias de enfrentamento: a) procurar e dar informações sobre a doença; b) utilizar técnicas de relaxamento durante situações estressantes; c) aumentar o conhecimento de autocontrole e conformidade médica; d) melhorar a competência social e; e) pensamento positivo. As intervenções com os pais foram realizadas paralelamente às intervenções com as crianças, e nelas foram trabalhadas as mesmas estratégias acima descritas, com o objetivo de reforçar os pais a atender sensivelmente às necessidades da criança e encorajar o uso das estratégias de enfrentamento por elas aprendidas. Os resultados desse estudo destacaram evidências da eficácia do envolvimento dos pais na intervenção. Além da melhora significativamente maior na competência social das crianças e adolescentes do grupo que

incluía um componente parental paralelo, foram também observados efeitos positivos em mudanças nos problemas internalizantes (conforme relatado pelos pais) e externalizantes (segundo relato das crianças/adolescentes).

Em resumo, os dados apresentados evidenciam a relevância da intervenção para promover a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral. Foi destacado que as intervenções em grupo devem ser programadas com vistas a controlar os efeitos da familiarização com os participantes grupo, para assim garantir a identificação de resultados decorrentes especificamente da intervenção. Foi também ressaltada a importância em planejar avaliações no *follow-up* e de investigar a competência social em mais de um de seus componentes. Sobre as intervenções com os pais ou cuidadores, embora não tenham sido apresentados estudos voltados especificamente para crianças com tumor cerebral, foi também ressaltada a pertinência das intervenções com os cuidadores. Os estudos apresentados discutiram a importância dos pais no desenvolvimento da competência social tanto como um aspecto potencializador, como em um aspecto essencial, por ser iniciado no ambiente familiar. Nesse sentido, reconhece-se, além da importância, a eficácia de intervenções psicológicas que objetivam beneficiar a competência social infantil.

Justificativa e Objetivos

Dentre os inúmeros efeitos tardios resultantes do tumor cerebral na infância, a competência social se destaca como um prejuízo no desenvolvimento socioemocional bastante prevalente em sobreviventes. De acordo com os achados da literatura, os prejuízos na competência social de crianças tratadas para o tumor cerebral podem ser identificados desde o diagnóstico e tendem a se agravar ao longo do desenvolvimento, estendendo-se até a vida adulta (Schultz et al., 2007). Crianças com esse tipo de prejuízo, apresentam dificuldades de estabelecer interações sociais assertivas e de iniciar ou manter relações com pares, podendo apresentar dificuldades acadêmicas e problemas comportamentais e emocionais (Dirks et al., 2007). Além dos agravos ao desenvolvimento, a incidência desse tipo de tumor em crianças e adolescentes no Brasil também ressalta a relevância de investigações que abordem essa problemática. Os avanços na medicina têm garantido a diminuição das taxas de mortalidade e, por essa razão, é fundamental que pesquisas sejam desenvolvidas com o objetivo de investigar e intervir sobre a qualidade de vida dessa população. Contudo, são raras as publicações nacionais sobre sobreviventes de tumor cerebral na infância.

As intervenções psicológicas têm sido apontadas, em estudos internacionais, como estratégias capazes de promover a aquisição de habilidades sociais, em benefício do desenvolvimento da competência social (Barakat et al., 2003; Schulte, Bartels, et al., 2014). Contudo, os achados sobre a eficácia desse tipo de intervenção são ainda escassos na literatura, principalmente no que diz respeito às intervenções que envolvem os pais dos sobreviventes. Soma-se a isso o fato de que no Brasil, não há estudos que proponham e avaliem intervenções para favorecer a competência social dessa população.

Este estudo teve como objetivo adaptar (Gardner, Montgomery, & Knerr, 2015) uma intervenção individual para favorecer a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral e avaliar o padrão de mudanças na competência social de cada um dos casos submetidos à intervenção. As mudanças na competência social dos participantes foram avaliadas em todos os seus componentes: processamento da informação social, interação social e ajustamento social (Yeates et al., 2007). Também foram avaliadas mudanças nos problemas emocionais e comportamentais das crianças.

Optou-se por um delineamento de estudos de casos múltiplos cujos detalhes serão apresentados na seção método. Com a adoção desse delineamento foi possível: a) descrever o processo de intervenção, tal como ocorreu, considerando as particularidades de cada um dos casos; b) avaliar os resultados da intervenção ao longo da sua realização, modificando-a, sempre que necessário; e c) relacionar as características do processo de intervenção em cada um dos casos, aos resultados obtidos ao final do processo. Diante dos objetivos e expectativas elencadas, foram elaboradas algumas proposições que nortearam as análises desse estudo. Ao final da intervenção:

- 1) O treinamento de habilidades sociais e a consequente estimulação para praticar as habilidades desenvolvidas na intervenção favorecerão a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral;
- 2) Serão observadas mudanças nos três componentes da competência social (processamento da informação social, interação social e ajustamento social);
- 3) Serão observadas melhoras nos problemas comportamentais e emocionais das crianças sobreviventes de tumor cerebral.

Método

Delineamento

Este estudo adotou o delineamento de estudos de casos múltiplos. Este tipo de delineamento é uma alternativa para contextos de investigação em que existe a impossibilidade de manipulação experimental. No delineamento de estudo de casos múltiplos cada caso individual é tratado como experimento múltiplo e segue a lógica da replicação, e não da amostragem. Ademais, estudos de casos múltiplos são reconhecidos por fornecer resultados mais robustos que estudos de caso único (Yin, 2010). Embora com algumas sobreposições (Yin, 2001), esse estudo teve caráter explanatório porque visou explicar minuciosamente um fenômeno, desenvolvendo sua teoria. A intervenção psicológica foi compreendida como a unidade de análise principal. Além da unidade de análise principal, o estudo envolveu unidades de análise integradas, que foram os casos avaliados. Segundo Yin (2001) “a unidade de análise [secundária] é claramente incorporada dentro de um caso mais amplo, e o caso mais amplo representa o interesse principal do estudo” (p.150).

Participantes

Participaram deste estudo duas díades mãe-criança que atenderam aos seguintes critérios de inclusão definidos para seleção dos participantes: 1) ter diagnóstico de tumor cerebral, benigno ou maligno; 2) ter finalizado o tratamento para o tumor de cérebro; 3) apresentar quadro clínico estável; 4) não apresentar déficits severos na comunicação ou cognição; 5) não apresentar histórico de problemas de comportamento, cognitivos ou emocionais prévios ao adoecimento; e 6) residir na cidade de Salvador. A amostra foi selecionada por acessibilidade em um ambulatório de Neurologia, na cidade de Salvador.

Na tabela 1, abaixo, são apresentados os dados sociodemográficos das díades mãe-criança participantes que foram coletados na primeira visita domiciliar para avaliação pré-intervenção. A díade do caso 1 foi composta por uma criança de sexo masculino, à época com oito anos de idade, que não estudava, e sua mãe. Já a díade do caso 2 foi formada por uma criança de sexo feminino, que tinha 10 anos de idade e quatro anos de escolaridade e sua mãe. Apenas a mãe do caso 2 relatou morar com o pai da criança. A mãe do caso 1 tinha dois filhos e trabalhava fora de casa, enquanto que a mãe do caso 2 tinha três filhos e não trabalhava fora de casa. A renda familiar das duas díades foi de aproximadamente um salário mínimo.

Tabela 1

Características Sociodemográficas das Díades Mãe-Criança Participantes (N = 2)

	Caso 1	Caso 2
Criança		
Sexo	Masculino	Feminino
Idade (anos)	8	10
Escolaridade (anos)	Não estuda	4
Mãe		
Escolaridade (anos)	12	7
Coabitação parental	Não	Sim
Quantidade de filhos	2	3
Ocupação	Trabalha fora de casa	Não trabalha fora de casa
Renda familiar (percentual do salário mínimo)	101,52%	101,52%

Procedimentos para coleta de evidências

Enquanto aguardava a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa, a autora deste estudo deu início a um período de imersão no ambulatório onde os casos foram recrutados. Esta imersão teve por objetivo a divulgação do estudo entre os pacientes e familiares frequentadores do ambulatório e o recrutamento de participantes para este estudo. Nesse período, a *Ficha de Informações Clínicas da Criança* foi preenchida a partir de informações obtidas em contato com a equipe médica do ambulatório e em consulta aos prontuários médicos. A partir dessas informações, foram averiguadas possíveis implicações da doença no desenvolvimento socioemocional (como prejuízos na comunicação ou no estado emocional), especificamente de cada criança, para melhor adequação deste plano de intervenção, que se manteve flexível para atender as demandas da criança.

As famílias selecionadas receberam três visitas domiciliares (uma por semana), para a avaliação pré-intervenção. Nessa fase foi realizada uma avaliação socioemocional e comportamental da criança, a partir do auto relato da criança e do relato de sua mãe. Essa avaliação forneceu um perfil do funcionamento socioemocional da criança que, como as informações clínicas, também foi utilizado para adequação deste plano de intervenção às necessidades da criança. Na primeira visita foram fornecidas informações mais detalhadas sobre o estudo e sobre a intervenção. Tanto a mãe quanto a criança consentiram sua

participação pela assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (no caso da mãe - (Cópia no Anexo A) e pelo assentimento verbal da criança (Cópia no Anexo B).

Previamente, em um diálogo estabelecido com a mãe, a psicóloga responsável por conduzir a intervenção buscou informações a respeito das reações emocionais da criança diante do adoecimento e do tratamento, e também acerca de quais informações foram disponibilizadas para a criança e como ela se referia à doença. A criança, então, foi convidada a expressar suas expectativas com relação à intervenção, a partir do questionamento sobre o motivo pelo qual ela foi selecionada para receber essa intervenção. Depois de estabelecidas as expectativas da mãe, da criança e da psicóloga, foram esclarecidas as seguintes informações:

“Eu estou fazendo um trabalho com crianças do ambulatório onde você fez tratamento médico, que já receberam tratamento médico. (A *facilitadora deu seguimento a esse diálogo respeitando as informações fornecidas pela mãe e utilizando o vocabulário que a criança costumava usar para se referir ao seu problema de saúde*). Como está sendo para você esse retorno à escola e as suas atividades? Então, eu estou aqui para te ajudar nesse retorno, fazendo algumas atividades que podem ser úteis para você. Às vezes, quando ficamos muito tempo longe da escola ou da nossa rotina, podemos estranhar um pouco na hora de voltar. Essas atividades foram criadas para você, então eu espero que você seja bastante participativo e, o mais importante, que a gente se divirta durante as sessões.”

Durante essa mesma visita a mãe respondeu uma *Ficha de Dados Sociodemográficos*, ao *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência 6-18 anos – CBCL* (Achenbach & Rescorla, 2001), ao *Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais – SSRS* (Bandeira, Del Prette, Del Prette, & Magalhães, 2009) e a *Entrevista Semiestruturada da Percepção da Mãe sobre o Ajustamento Social da Criança*. A criança respondeu a *Entrevista Semiestruturada sobre a Auto percepção do Ajustamento Social*. Nas duas semanas seguintes a criança e a mãe responderam novamente a mesma entrevista sobre o ajustamento social.

Ao final desse período de avaliação, foi agendada uma nova visita domiciliar para dar início ao procedimento de intervenção. As propostas revisadas enfatizavam a importância dos seguintes componentes em intervenções dessa natureza: a) treinamento de habilidades sociais específicas; b) orientações para as mães sobre as características específicas da criança nesse contexto de adoecimento; c) tarefas extra intervenção, para exercitar o conteúdo discutido na

intervenção; e d) discussões acerca de situações sociais desafiadoras, tanto com a mãe quanto com a criança. Todos esses componentes foram contemplados em aproximadamente de oito a nove visitas domiciliares semanalmente, o que dependeu das características de cada caso. Cada uma das visitas domiciliares incluiu o atendimento à criança e à mãe, que ocorreu separadamente.

Dois meses após o término da intervenção, outras três visitas domiciliares semanais foram agendadas para a avaliação pós-intervenção. Em todas as três semanas, a mãe respondeu a Entrevista Semiestruturada da Percepção da Mãe sobre o Ajustamento Social da Criança e a criança respondeu a Entrevista Semiestruturada sobre a Auto percepção do Ajustamento Social. E na terceira semana, além da entrevista, a mãe também respondeu o SSRS e o CBCL. Todos os inventários padronizados foram aplicados em forma de entrevista, com auxílio de cartões de resposta. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. É importante destacar que durante a etapa de avaliação pós-intervenção e até que o curso de mestrado fosse finalizado, a facilitadora continuou intervindo. As intervenções nesta fase visaram: a) reforçar os avanços decorrentes da intervenção b) esclarecer possíveis dúvidas restantes do treinamento das habilidades ao longo da intervenção; c) fornecer instruções a respeito de novas demandas sociais resultantes das mudanças alcançadas com a intervenção e; d) estimular a ampliação dos benefícios alcançados.

Intervenção

O modelo de intervenção adotado para este estudo, denominado Programa de Intervenção em Grupo nas Habilidades Sociais para Sobreviventes de Tumor Cerebral Pediátrico, foi desenvolvido por Barrera, Fleming e Al-khalili (2004) para intervenções grupais, e foi utilizado pela maioria dos poucos estudos encontrados na literatura internacional. Os autores forneceram à autora dessa dissertação o manual de intervenção, que foi por ela adaptado para uma intervenção domiciliar individual. Essa adaptação também incluiu a participação da mãe em todas as sessões de intervenção, que aconteceu separadamente, bem como o compromisso da mãe com as atividades extra intervenção (Cópia no Anexo G).

As sessões com a criança foram programadas para uma duração média de 50 minutos, com frequência de oito a nove sessões semanais. Foram programadas atividades para sete

sessões de intervenção. Cada uma dessas sessões foi planejada com base em temas específicos que envolviam habilidades sociais, a saber: interação social e novas amizades; cooperação; manejar a provocação e o bullying; resolver conflitos; empatia; e assertividade. A figura 2 apresenta uma breve descrição dos temas trabalhados em cada sessão predefinida. Tais temas emergiram da literatura que discute a competência social, especificamente, em crianças sobreviventes do tumor cerebral. Outras duas sessões mantiveram-se abertas e foram reservadas para tratar de situações desafiadoras, não abordadas nas sessões previamente programadas, e que foram específicas para cada díade mãe-criança incluída na amostra (ex.: a imagem corporal ou dificuldades para se adaptar às sequelas do adoecimento). A intervenção foi conduzida pela autora do presente projeto de pesquisa, uma psicóloga.

Temas	Descrições
Interação social e novas amizades	Capacidade de se aproximar dos pares, iniciando uma conversa e respondendo à interação de forma apropriada.
Cooperação	Capacidade de identificar as situações que necessitam de cooperação e se envolver em uma interação com outros de forma útil e positiva nesse contexto.
Manejar provocação e o bullying	Capacidade de identificar situações de provocação e enfrentar provocações verbais e físicas através da implementação de estratégias comportamentais adequadas.
Resolver conflitos	Capacidade de identificar situações de conflito (exceto provocações) e se comunicar eficazmente, através da escuta e do comprometimento.
Empatia	Capacidade de reconhecer os sentimentos de outras pessoas, de forma sensível, oferecendo apoio e compartilhando experiências pessoais.
Assertividade	Capacidade de expressar suas necessidades, desejos e preocupações, de forma socialmente apropriada, principalmente nas situações em que se sentir injustiçado.
Consolidação das habilidades sociais	Revisão das habilidades treinadas durante todas as sessões de intervenção

Figura 2. Descrição das habilidades sociais temas das sessões planejadas

O planejamento de cada sessão envolveu uma variedade de atividades para a criança, relacionadas ao tema foco da sessão (visita domiciliar), para facilitar o aprendizado e a generalização de tal habilidade. A figura 3 apresenta a estrutura padrão das sessões planejadas. Embora bem estruturada, foi mantida uma flexibilidade adequada para que esse modelo de intervenção pudesse atender às necessidades de cada caso. Assim, a ordem de cada sessão foi definida a partir da demanda do participante e, inclusive, foram incluídos e discutidos outros temas que emergiram durante a intervenção. Ademais, todas as atividades programadas foram adaptadas às limitações da criança.

Etapa	Objetivos
Discussão da atividade extra intervenção e revisão	Realizada apenas a partir da segunda sessão, foi utilizada para revisar a habilidade social discutida na sessão anterior e para discutir o relato da atividade extra intervenção. Teve como objetivo a retomada do aprendizado adquirido, lembrando algum conteúdo esquecido e reforçando sua utilização e generalização.
Aproximação ao tema	Utilizada para despertar o interesse, a atenção e a curiosidade do participante, ao promover um espaço para pensar a respeito da habilidade social tema da sessão. Foi uma atividade curta, que durou em média 10 minutos.
Apresentação da habilidade social tema	Utilizada para descrição e discussão sobre o tema. O participante era encorajado a falar o que conhecia sobre o tema e em seguida a facilitadora descrevia aquela habilidade, indicando sua importância, bem como as etapas específicas para praticá-la. Finalmente, a habilidade era exibida e modelada por role-plays a respeito do tema.
Atividade principal	Designada para consolidar a habilidade social aprendida. Foram utilizadas técnicas terapêuticas que variaram em função da habilidade social foco na sessão e das limitações específicas de cada criança.
Atividade extra intervenção	Utilizada para estimular a prática e a generalização da habilidade social aprendida, no cotidiano do participante. Em cada sessão foi fornecido um protocolo de registro estruturado, tanto para a criança (Anexo H) quanto para a mãe (Anexo I), com as questões a serem registradas.
Supervisão	Após cada sessão de intervenção, a psicóloga responsável por conduzi-la teve supervisões com a orientadora responsável pelo estudo. Em cada supervisão foi discutido o ocorrido da última sessão, averiguando se os objetivos foram alcançados e discutindo a adequação do que fora planejado para a sessão seguinte.

Figura 3. Estrutura padrão das sessões planejadas

As sessões com as mães foram baseadas no tema foco trabalhado com a criança e nas demandas apresentadas pela mãe, referentes aos cuidados com o filho. Foram utilizadas técnicas terapêuticas para estimular uma reflexão a respeito de dificuldades relativas à competência social da criança. Ao final de cada sessão, elas também receberam um protocolo de registro estruturado, que buscava estimulá-las a auxiliar a criança na utilização das habilidades treinadas na visita de cada semana.

Aspectos Éticos

Este estudo atendeu às diretrizes estabelecidas pela Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi submetido ao sistema Plataforma Brasil. Depois de analisar o projeto, o comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos disponibilizou o parecer com aprovação, cujo número de registro corresponde a 1.233.402. A nenhum dos participantes foi imposta a privação dos benefícios da intervenção, já que se optou pelo delineamento de estudos de casos múltiplos, e os dois participantes foram submetidos ao tratamento. Após o período de avaliação pós-intervenção, quando foram constados os benefícios dessa intervenção, a psicóloga responsável por este estudo garantiu o atendimento psicológico, a cada 15 dias, para as famílias que participaram do estudo, até que o seu curso de mestrado fosse finalizado. Esses atendimentos tiveram como finalidade a ampliação dos benefícios alcançados durante a intervenção. Ademais, como alternativa para validar a apresentação dos resultados, cada uma das mães participantes foi convidada a realizar uma revisão da minuta do estudo de caso que envolveu o seu filho (Alvarenga et al., 2012; Breakwell, 2010; Yin, 2010). Caso surgissem discordâncias durante esse processo de revisão, elas seriam sanadas por meio da busca de mais evidências.

Instrumentos

a) Ficha de Dados Sociodemográficos – utilizada para coletar informações como idade, escolaridade, renda e composição familiar (Cópia no Anexo C);

b) Ficha de Informações Clínicas da Criança – utilizada para a busca de informações sobre o tratamento e as condições clínicas da criança (Cópia no Anexo D);

c) Sistema de Avaliação das Habilidades Sociais – versão brasileira do “Social Skills Rating System” (SSRS), que foi validado no Brasil por Bandeira et al. (2009). Será utilizado

para avaliar as habilidades sociais da criança a partir dos relatos da mãe. A escala de avaliação pelos pais é composta por seis subescalas: 1) Cooperação; 2) Amabilidade; 3) Iniciativa Social/Desenvoltura; 4) Asserção; 5) Autocontrole/Civilidade; e 6) Autocontrole Passivo. O instrumento gera escores médios para cada uma das escalas e subescalas de habilidades sociais;

d) Entrevista Semiestruturada da Percepção da Mãe sobre o Ajustamento Social da Criança – nesta entrevista a mãe foi solicitada a descrever situações de interação social que a criança tenha vivido na última semana, os comportamentos apresentados por ela e o impacto desses comportamentos nos parceiros de interação (Cópia no Anexo E);

e) Entrevista Semiestruturada sobre a Auto percepção do Ajustamento Social – nesta entrevista a criança foi solicitada a descrever situações de interação social por ela vivenciadas na última semana na escola, em casa ou em outros ambientes, e o impacto desses comportamentos nos parceiros de interação (Cópia no Anexo F);

f) Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência 6-18 anos – versão brasileira do “Child Behavior Checklist (CBCL – 6/18)” (Achenbach & Rescorla, 2001), esse instrumento foi utilizado para avaliar problemas internalizantes e problemas externalizantes das crianças. O instrumento fornece escores para essas duas escalas, que podem ser classificados em “clínico” (escores acima de 65), “limítrofe” (escores de 60 a 65) ou “não clínico” (escores abaixo de 60).

Procedimentos para análise das evidências

Os resultados do instrumento padronizado que avalia os problemas emocionais e comportamentais foram avaliados a partir das diretrizes do manual desse instrumento. Já os resultados do instrumento padronizado que avalia as habilidades sociais foram mensurados a partir das frequências relatadas como presentes ou ausentes em cada uma das habilidades previstas pelo instrumento. As entrevistas foram transcritas e o seu conteúdo foi resumido com o objetivo de obter uma compreensão holística dos padrões de comportamento tanto da mãe, na interação com o filho, quanto da criança (Breakwell, 2010). Em seguida, os dados foram submetidos à técnica analítica de modelo lógico de nível individual que pressupõe a avaliação do curso de eventos comportamentais de uma pessoa (Yin, 2010). Esta etapa da análise considerou as fases de avaliação pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção em cada um dos casos. Por fim, foram comparados os padrões de interação social antes e após a

intervenção nos dois casos. As inferências de generalização analítica causal foram possíveis quando os padrões encontrados na avaliação pós-intervenção foram mais favoráveis à competência social que os padrões encontrados na avaliação pré-intervenção. Além disso, para efeitos de comprovação empírica, os dados encontrados na avaliação pós-intervenção também foram comparados aos resultados encontrados em estudos prévios com essa população, que alcançaram êxito.

Resultados e Discussão

Conforme sugerido por Yin (2010), os resultados e a discussão serão apresentados em dois capítulos. No Capítulo 1, serão descritas, separadamente, cada uma das unidades de análise integradas, que correspondem aos dois casos clínicos que compõe este estudo de casos múltiplos. A descrição de cada caso, por sua vez, será subdividida em três etapas: 1) *Avaliação pré-intervenção*, onde serão detalhados os dados coletados antes de iniciar a intervenção incluindo o histórico clínico, os resultados dos instrumentos padronizados, uma síntese das entrevistas realizadas com a mãe e com a criança e, por fim, uma interpretação teórica dos resultados desta avaliação; 2) *Implementação da intervenção*, na qual serão relatadas as particularidades do caso no que se refere às adaptações realizadas nos procedimentos do programa de intervenção e; 3) *Avaliação pós-intervenção*, etapa na qual serão descritos os resultados obtidos, dois meses depois de finalizada a intervenção, dos instrumentos padronizados, das entrevistas realizadas com a mãe e com a criança e, por fim, uma nova interpretação teórica dos resultados dessa etapa da avaliação.

No capítulo 2, serão apresentadas e discutidas similaridades e diferenças entre as duas unidades de análise integradas (casos), com base nas proposições previamente elaboradas para este estudo. Serão comparadas as mudanças no padrão geral da competência social observadas nos dois casos ao longo da intervenção, considerando os três componentes da competência social: processamento da informação social, interação social e ajustamento social. Os resultados do instrumento padronizado que avalia problemas emocionais e comportamentais serão apresentados em uma figura, a partir da qual poderão ser examinadas diferenças entre os escores obtidos nas etapas pré-intervenção e pós-intervenção.

Caso 1: Alan e Ana

Avaliação pré-intervenção

Informações clínicas

A díade do caso 1 foi formada por uma criança do sexo masculino, com oito anos de idade, que será chamado de Alan, e sua mãe, com aproximadamente 30 anos, que será chamada de Ana. Alan vivia com sua mãe e um irmão mais velho em Salvador, enquanto seu pai, separado da mãe, vivia em outra cidade da Bahia.

Aos cinco anos de idade, Alan teve o diagnóstico de um tumor cerebral, Astrocitoma Pilocítico supraselar, cujo grau histológico correspondia a I, ou seja, um tumor de baixo grau de malignidade, essencialmente benigno. O tumor foi localizado na região hipotalâmica com comprometimento das vias ópticas. O diagnóstico foi tardio e apenas possível devido a cefaleia e diplopia (visão dupla de um mesmo objeto). A equipe médica destacou que a mãe da criança já percebia um importante comprometimento visual no filho desde os primeiros meses de vida, com perda gradual da visão. Após o diagnóstico, a criança foi submetida ao tratamento cirúrgico e em seguida ao tratamento quimioterápico, que foi iniciado ainda aos cinco anos de idade e teve três anos de duração. No período de início deste estudo o tratamento já tinha sido finalizado e a criança estava em acompanhamento médico regular.

De acordo com o prontuário médico, Alan teve como sequelas uma perda total da visão do olho esquerdo e uma cicatriz cirúrgica no couro cabeludo. Todavia, o contato com Alan e os relatos de sua mãe indicavam que ele enxergava apenas algumas sombras ou objetos de grande porte, em curta distância. De acordo com Ana, a capacidade visual de seu filho oscilava: “*em alguns dias ele conseguia enxergar melhor do que em outros.*” Até o início da intervenção, Alan ainda não havia sido submetido a nenhum tratamento ou acompanhamento para a deficiência visual. Ademais, Alan também ainda não havia retomado suas atividades escolares por opção da mãe, apesar de a equipe médica ter ressaltado a importância do seu retorno à escola.

Avaliação quantitativa das habilidades sociais e dos problemas emocionais e comportamentais

Os resultados da avaliação das habilidades sociais revelaram que a mãe percebia, no comportamento do filho, a maioria das habilidades sociais avaliadas pelo SSRS. Em termos de frequência, dentre o total de 23 habilidades sociais listadas, apenas quatro das habilidades Ana percebia como ausentes: 1) falar em tom de voz apropriado, em casa; 2) guardar seus brinquedos ou outras coisas de casa; 3) aceitar críticas; e 4) pedir permissão para usar coisas de outros da família. Todas as demais habilidades avaliadas foram relatadas pela mãe como presentes ou muito frequentes no repertório do filho. Sobre a relevância dessas habilidades, Ana considerou a grande maioria delas como importantes ou indispensáveis. A única habilidade que não foi considerada importante foi a habilidade de apresentar-se a novas pessoas sem ser mandado.

Na avaliação dos problemas de comportamento os resultados indicaram que a criança apresentava escore limítrofe de problemas externalizantes (63) e escores clínicos de problemas internalizantes (65) e também na escala total de problemas de comportamento (65). Além desses indicadores, foram também encontrados escores limítrofes nas síndromes Ansiedade/Depressão (67), Problemas Sociais (67) e Comportamento Agressivo (67), e escore clínico na escala baseada no DSM-IV Problemas de ansiedade (70).

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a mãe

De modo geral, a mãe relatou que seu filho tinha poucas oportunidades de interação social com outras crianças: *“ele não sai muito de casa. Aí quando sai comigo, às vezes ele não sai pra um ambiente onde tem criança (...) até se acostumou já, com essa coisa de ficar mais em casa um pouquinho. Porque ele não está mais fazendo questão de ir pra escola.”* Ana, então, considerou que a ausência de interações sociais estava sendo substituída por outras atividades, como brincadeiras com bichinhos de estimação: *“ele fica o tempo todo esperando uma criança... Mas [com] os pintinhos brinca como o quê, que são os amigos dele.”*

Entretanto, os relatos de Ana indicaram que ela percebia a vontade de seu filho de interagir com outras crianças. Por exemplo, ao ser questionada sobre o interesse de Alan em estar com outras crianças durante a semana ela relatou que *“Ele sempre tem vontade. Alan morre de vontade de estar no meio de meninos, brincando. Ele tem vontade demais, ele é muito... ele gosta de estar no meio de muita muvuca, muitos meninos, muita gente... ele ama se soltar no meio de muitos meninos.”* Ela relatou também que já percebia esse interesse nele desde muito tempo, *“Sempre... Desde quando começou a quimioterapia”,* que *“é uma criança que gosta de estar em atividade, (...) tem força de vontade, quer estar brincando”* e que sofre por não ter com quem brincar. *“Ele chegou a dar crise, de ficar tristinho, que ele não tinha amigo. Ele ainda ontem ele falou ‘por que que ele é uma criança diferente? Por que ele não é uma criança normal? Por que ele tem que passar por isso?’”*

Ana também demonstrou restrições quando surgiam possibilidades de introduzir seu filho em grupos sociais disponíveis. Por vezes ela relatou esperar a intervenção de alguém que demonstrasse reconhecer e aceitar as características de Alan, e que se dispusesse a interagir com ele ou a introduzi-lo em grupos sociais: *“achei bom pra ele, porque eu queria uma iniciativa dela [pessoa responsável pelo grupo de crianças da igreja], se ela fala, eu vou ter capacidade de levar ele, (...) sinto que ela [a pessoa com quem ele vai interagir] está disposta*

a aceitar (...) o jeito de Alan, que eu falei com ela 'ó, o jeito de Alan' assim, que é uma criança que vive fora do mundo de outras crianças (...). Aí ela entendeu e disse que sim. Ela é a líder do departamento, está pedindo, eu vou levar meu filho, agora sim, ele vai. E as outras crianças, ela vai conversar com as outras crianças pra aprender a aceitar Alan dentro do limite de Alan. ”

As restrições do convívio social de Alan também foram explicadas pela mãe com base nos problemas de saúde de Alan e uma possível maior vulnerabilidade do filho: *“porque eu não deixei ele sair por conta do curativo. Ela [a médica] pediu pra não deixar ele forçar muito, porque é a primeira vez (...). Não fiquei aí, por causa do sol, mãezinha, não. Não, não, não venha, não. ”* Por outro lado, foi possível verificar no discurso da mãe uma relação importante entre as restrições no convívio social de Alan e sua deficiência visual. Os relatos sugeriram que Ana percebia déficits ou inadequações nas habilidades interativas de Alan, devido ao seu problema de visão: *“nem todas as crianças gostam de pegar, de estar tocando. E ele toca pelo fato de não enxergar direito, ele toca muito, pega 'vem cá, não sei o que'. E muitas crianças não gostam, porque as crianças querem estar correndo, querem estar na picula e ele não pode estar fazendo a mesma atividade. ”* Esta relação pôde ser confirmada ao se contrastar o relato sobre o convívio social de Alan com crianças com dificuldades semelhantes: *“ele se diverte muito no GACC [Grupo de Apoio a Crianças com Câncer], porque lá tem a brinquedoteca, então ele brinca. E lá tem crianças igual a ele, então crianças, que assim, pela mesma situação, então ele faz mais amizades. ”*

Ainda quanto à deficiência visual de Alan, alguns relatos da mãe pareciam indicar sua percepção de que a deficiência visual não podia ser amplamente identificada pelos outros. Ao falar sobre a necessidade de orientar o deslocamento de seu filho em ambientes físicos pouco conhecidos por ele, Ana falou que se preocupava em não *“constranger ele”*, relatando que inclusive a posição em que o segurava pelo braço devia ser mais discreta. Segundo a mãe, a necessidade em se portar de forma discreta diante da deficiência visual da criança era uma conduta incentivada também por outros parentes.

Ana demonstrava receio de que Alan pudesse ser desprezado ou negligenciado em virtude da deficiência, ou pela inabilidade para lidar com situações desse tipo: *“vem uns menininhos da idade dele, um maiorzinho, outro... brincar de bola. Aí às vezes ele quer estar no meio, aí eu falo 'ó meu filho, vai rumar a bola em você, porque os meninos ficam olhando pra ele, como se ele fosse inusitado. Aí eu fico, 'Alan, por favor, você sabe meu filho, suas*

condições. ” Mesmo em ambientes mais tranquilos, como a igreja, Ana demonstrava esse tipo de preocupação e tentativas de proteger Alan, mantendo-o próximo a ela: “os maiorzinhos sentam lá em outro canto e às vezes não dá muita bola pra ele [seu filho] (...) Lá na minha outra igreja, não. O grupo é separado e como eu tomava conta do grupo de crianças ele interagia mais, porque ele ficava no meio, junto com as crianças. Aí como aqui eu não estou trabalhando com crianças...”, ressaltando sua preocupação em deixá-lo distante de si, ainda que em momentos mais estruturados como em um grupo de crianças na igreja.

Ana relatou ainda perceber uma grande proximidade e certa dependência do filho em relação a ela, o que, na percepção da mãe, por vezes gerava sofrimento em Alan: *“ele fica perto de mim porque ele fica o tempo todo... ele é muito apegado a mim, fica o tempo todo deitado no meu ombro, me abraça. Porque o fato de ele não enxergar, a igreja a noite, aí todo mundo, aí ele fica mais ali quietinho no meu canto. Ele prefere não interagir muito (...) eu saí pra trabalhar segunda-feira, minha avó disse que ele ficou muito mal quando eu demorava de chegar (...), ela disse que ele ficou chorando, ficou triste. Aí agora quando eu estou saindo, demora um pouquinho, ele começa a ficar triste. ”*

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a criança

Os relatos da criança sobre seu auto ajustamento social, de modo semelhante ao que foi constatado nos relatos maternos, indicaram que seu ambiente social era bastante restrito: *“na verdade, eu não tenho muitos amigos na igreja, nem na rua. ”* Ao descrever suas interações com alguns dos poucos amigos que relatava ter, Alan frequentemente descrevia dificuldades em manter a interação: *“quando eu fui brincar com o Daniel, sempre ele ficava se afastando. Porque tem uma menina que sempre fica chamando ele toda hora, pra ele não brincar (...) por causa que quando eu vou brincar com Elen, Maria vem pra cá, se intrometendo. Eu estou brincando com Elen, ela fala ‘Vem cá, Elen. Bora, bora pra casa’. Elen chega e ela nem deixa Elen ficar (...). Mas só que ele fica só levando eu pro precipício [superfície desnivelada, próximo a sua casa] (...). Porque ele é um menino meio chato, né (...). Eu sempre tento me aproximar deles, mas eles nunca querem. ”*

Durante as interações estabelecidas com a facilitadora da intervenção no período de avaliação pré-intervenção, foi possível observar que Alan tinha habilidade para demonstrar carinho, por exemplo quando utilizava seus bichinhos de pelúcia para dar beijinhos ou abraçar, e para conversar sobre seus sentimentos: *“só na hora eu fiquei meio tristonho (...).*

Acho meio chato, né? Se visse um menino ficar te esnobando? Aí ninguém ia gostar, né. ” Além disso, não foram observadas dificuldades na linguagem de Alan, que se comunicava bem e apresentava clareza e boa fluência verbal, com coerência na organização dos pensamentos. Contudo seus relatos pareceram indicar certo receio de interagir com outras crianças. Por exemplo, em uma dessas entrevistas ele disse: *“hoje eu encontrei três meninos ali (...) falando coisa comigo. Falando ‘É, bora brincar aqui’ E eu nem conhecia eles. ”* Nessa ocasião, Alan chegou a emprestar seu carrinho e disse que *“aí [os três meninos] começaram a brincar. ”* Ele, porém, se manteve distante, *“sentado do outro lado (...) estava olhando. ”* Ao ser questionado sobre o motivo pelo qual não interagiu com aqueles garotos, ele respondeu que não foi brincar com eles *“porque o Bruce Lee [um de seus bichinhos de pelúcia] estava nervoso. Porquê da outra vez que eu deixei ele brincar com o menino, o menino acelerou ele e jogou ele. E ele quase morria batendo o carro. ”* Em seguida, talvez com pesar, ele relatou que *“(...) o pai chamou eles pra dentro, [pra] tomar banho. ”* Ficou implícito nesse último relato da criança, o medo que ele tinha da possibilidade de ser ferido ou magoado pelos amigos.

De qualquer modo, existiram relatos que indicaram êxito nas interações sociais, especialmente em situações em que alguma outra criança buscava o contato. Em um desses relatos ele descreveu como conheceu uma nova amiguinha: *“foi assim, eu estava abraçado com minha mãe, aí ela estava olhando. E minha mãe ‘Alan ela tá te olhando’, aí eu fui lá e falei com ela. Aí peguei na mão dela. Aí minha mãe mandou ela sentar cá perto, aí ela sentou. ”* Em outro momento ele falou sobre uma visita surpresa que recebeu de um primo: *“apareceram de surpresa (...) ele ficou correndo aí comigo, mas só que depois ele sentou aí na mesa, ficou brincando comigo de carrinho de ferro. Aí eu peguei umas madeirinhas, fiz umas pistas. Aí a gente ficou brincando aí. ”* Considerando que os contatos sociais mais frequentes de Alan eram com adultos, as limitadas oportunidades para treinar suas habilidades sociais com crianças pareceram justificar o receio e a dificuldade em iniciar e manter uma interação com pares.

Apesar desse contexto, ao lembrar de seu adoecimento, *“Tive um tumor na cabeça e tive que largar a escola. Meus colegas estão todos tristes”*, Alan falava da saudade que sentia de seus colegas. Relatou que gostava de brincar com outras crianças e lamentava quando não tinha uma companhia: *“na parte que não foi tão legal porque ele foi embora (...) [fiquei] meio tristonho. ”* Descreveu que gostava de estar em atividade: *“o que eu não gosto mesmo, é só*

ficar parado, no mesmo lugar, sem fazer nada. ” No entanto, ele rejeitava com bastante ênfase a possibilidade de voltar a estudar, justificando que “*não faria nenhum amigo mesmo.* ” Esses dados pareceram reforçar as evidências sobre a presença de sentimentos de incapacidade de fazer e manter amizades e de se adaptar ao ambiente escolar.

No cotidiano, Alan brincava com seus diversos bichinhos de pelúcia. Cada um dos bichinhos tinha um nome e um ‘papel ou função’ bem estabelecida em seu ambiente lúdico. Alguns o protegiam: “*ai BruceLee [bichinho de pelúcia] não gosta também, né? (...) Ele já fica rosnando na Hilux [carro de brinquedo]. Pra assustar Toninho, que ele vai embora.* ” Outros exerciam a função de oferecer carinho: “*ele [um outro cachorrinho de pelúcia] está te lambendo (...). É porque está te beijando. O beijo de cachorro é lambendo.* ” Alan descrevia esses bichinhos como seus amigos íntimos, com os quais compartilhava sentimentos e situações do dia-a-dia.

Ele também falou com muito afeto sobre seus pintinhos, que o divertiam: “*eu ponho eles no carro... e eu beijo eles também (...). E ela fica assim ó [sugere que fica beijando], na minha bochechinha (...). Vou pegar uma coisa e peço pra ela ficar aqui, ela não fica, vai logo atrás (...). Eu acho que eles são muito sapequinhas, isso sim.* ” Outro animal de estimação bastante referido era uma cachorrinha que ele conheceu na primeira semana de avaliação pré-intervenção: “*ai depois, no finalzinho da igreja, eu encontrei uma cachorrinha lá, que estava latindo (...) veio me acompanhando até aqui.* ” Alan se referiu a esse animalzinho em todas as semanas de avaliação e também o descreveu em uma relação íntima: “*a minha amiguinha veio me ver até aqui. A amiga cachorra. Porque ela nunca mais me viu e queria matar a saudade.* ” Contou sobre sentimentos, “*Ela ficou ali, tristonha*”, e na primeira ocasião em que foi questionado sobre um melhor amigo, sem hesitar, ele respondeu: “*a cachorrinha.* ” Nas demais ocasiões, quando essa pergunta foi repetida, ele falou sobre alguns dos seus bichinhos de pelúcia, mas não se referiu a nenhuma criança.

Síntese e interpretação teórico-conceitual dos resultados da avaliação pré-intervenção

Este estudo foi fundamentado no modelo teórico proposto por Yeates et al. (2007), que descreveu a competência social como um construto multinível (composto por três componentes) e integrativo (de forma sequencial). Os achados da avaliação pré-intervenção indicaram que, no que se refere ao primeiro componente da competência social, processamento da informação social, Alan apresentava muitas das habilidades sociais

necessárias para uma performance competente em um contexto de interação social. Ele conseguia codificar e interpretar estímulos sociais, examinar alternativas de resposta disponíveis e avaliar os resultados para si próprio e para os outros. Entretanto, embora o processamento da informação social tenha sido descrito como um determinante crítico da competência social, o sucesso apenas nesse componente não garante um comportamento sociocompetente, pois a competência social é também determinada, de forma integrada e sequencial, por outros dois componentes.

Para o segundo componente, interação social, foram obtidas informações que indicaram que, em algumas situações, Alan apresentava classes de comportamentos afiliativos, que correspondem à busca por aproximação. Porém, mais frequentemente, seus comportamentos em atividades sociais com pares eram de retraimento, ou seja, de evitação da interação social. Ainda que Alan apresentasse muitas habilidades sociais, diversos outros fatores pareceram estar dificultando seu sucesso nas interações. A literatura destaca que diversos fatores como a restrição de contato social, a baixa aceitação social, as alterações na aparência e nas características físicas, bem como os problemas emocionais de ansiedade/depressão e retraimento social são preditores de déficits na competência social (Schulte & Barrera, 2010; Schulte et al., 2010; Schultz et al., 2007; Vannatta et al., 2007). Assim, ainda que essa avaliação pré-intervenção não tenha acessado informações relacionadas à questão da alteração na aparência física de Alan (a cicatriz), foi possível considerar que os demais fatores, principalmente os padrões de problemas emocionais e comportamentais identificados, estavam influenciando o desempenho comportamental de Alan nas interações sociais.

Por fim, os resultados que correspondem ao último componente, ajustamento social, também não pareceram muito favoráveis. Nem Alan, nem sua mãe fizeram relatos otimistas a respeito do produto do funcionamento social de Alan. Contudo, a avaliação desse componente ficou comprometida porque nessa fase as entrevistas ainda estavam restritas a investigação dos componentes anteriores. Dessa forma, as considerações relativas ao ajustamento social de Alan foram realizadas com algumas ressalvas, visto que, naquele período, nenhuma das questões da entrevista buscava, de forma direta, informações a esse respeito.

Também de acordo com o modelo teórico desenvolvido por Yeates et al., (2007), foi possível verificar a influência de variáveis específicas do adoecimento e variáveis ambientais no desenvolvimento da competência social de Alan. Dentre as variáveis específicas, foi

possível verificar que a seqüela do adoecimento, a deficiência visual, influenciaram os prejuízos no desenvolvimento da competência social de Alan, principalmente, por restringir seu convívio social. A falta de oportunidades de interação restringe o desenvolvimento da competência social (Lins & Alvarenga, 2015). Ana imaginava que por conta dessas seqüelas, a autonomia de Alan deveria ser restrita, por temer que seu filho fosse desprezado e por perceber como inadequadas algumas de suas habilidades interativas dele. Como variáveis ambientais destacaram-se o funcionamento familiar e o estilo parental. Toda essa etapa do desenvolvimento de Alan, que foi marcada pelo adoecimento, foi também marcada pelos conflitos entre seus pais, que se divorciaram na época em que ele foi diagnosticado com tumor cerebral. Nesse contexto, o contato de Alan com seu pai, que anteriormente era cotidiano, passou a ser consideravelmente mais restrito. Além disso, Ana, que a partir daquele período era a única cuidadora, foi bastante protetora e privou Alan de muitos contextos sociais por considerá-los ameaçadores. As características emocionais da mãe influenciavam os comportamentos do filho especialmente porque os modelos comportamentais disponibilizados nas interações com ele eram mais frequentemente pouco assertivos (Schlinger, 1995).

Implementação da intervenção

Em atenção à deficiência visual de Alan, o programa de intervenção proposto para esse estudo foi adaptado especificamente para essa díade. Do formato inicial, foram adaptadas duas atividades propostas nas sessões 2 e 3 do programa de intervenção, a fim de adequar a intervenção às limitações visuais do participante. Ademais, por considerar que as habilidades sociais de que Alan dispunha estariam mais adaptadas para o convívio com adultos, várias estratégias foram implementadas para estimular o desenvolvimento de habilidades para interagir com crianças, objetivando a inserção de Alan em grupos de pares e o seu retorno às atividades escolares.

A primeira sessão de intervenção, que ocorreu uma semana após a última etapa da avaliação pré-intervenção, foi realizada conjuntamente com mãe e criança. Foram cumpridas cada uma das etapas conforme o programa anteriormente descrito, porém, mesmo tendo declarado satisfação em receber e interagir com a facilitadora, Alan se mostrou pouco estimulado e interessado no que estava sendo proposto. Ele se queixou de todas as etapas por considerá-las “*muito chatinhas*. ” Diante disso, requisitou que muitas das etapas fossem interrompidas antes do previsto. Por sua vez, sua mãe o censurava a cada manifestação de

desagrado. Além disso, durante toda a sessão ela assumiu a função de corrigir e indicar para seu filho como se portar, restringindo o espaço disponível para que a facilitadora intervisse.

Em supervisão, logo após a primeira sessão, foram discutidas alternativas para adequar as sessões com o intuito de atrair o interesse e atenção da criança. Assim, diante do que fora observado na primeira sessão e considerando a idade da criança (naquele período com nove anos), percebeu-se a necessidade de oferecer a intervenção de forma individual para a criança e para a mãe. Essa alternativa, além de garantir maior liberdade para que a facilitadora intervisse e modelasse os comportamentos e relatos da criança, garantiu que ambos os participantes pudessem se expressar sem restrições.

Diferentemente da primeira ocasião, Alan aceitou e se divertiu com as etapas na segunda sessão. Durante todas as atividades ele foi bastante participativo, compartilhando eventos de sua vida, no entanto, seus relatos ainda se referiam apenas às interações com adultos e quase nenhuma mudança pôde ser observada referente à frequência de interações com outras crianças. Embora desde a primeira sessão tenha sido ressaltada com Ana a importância de ela se posicionar de forma ativa, enquanto agente facilitador da inserção social de seu filho, seus relatos ainda denunciavam sua passividade diante de algumas questões. Reiteradamente Ana expressava sua dificuldade em assumir e lidar com a deficiência do filho e em várias ocasiões essa limitação foi descrita como justificativa para a restrição de contatos sociais de Alan.

Muitos padrões se mantiveram ainda na terceira sessão. Alan se apresentava desmotivado e frustrado por não conseguir cumprir as atividades extras que necessitavam de contextos de interação social com outras crianças. Apesar de se expressar sem tantas restrições, ele não havia se referido à doença, nem às sequelas em nenhuma ocasião. Não falava sobre sua deficiência e reiteradas vezes dizia enxergar sem restrições. Sua mãe também, além de ainda não apresentar repertório para lidar com a sequela de Alan, não investia na busca de oportunidades de interação com pares para o filho.

Após a terceira sessão, em supervisão foi identificada a importância de, naquela fase, incluir duas sessões adicionais para discutir os seguintes aspectos: a) estratégias de informação para mãe sobre as limitações e capacidades do filho mesmo perante a deficiência visual; b) estratégias que incentivassem a busca por assistência para deficientes visuais. Nessas sessões foram discutidos com Alan os desafios que ele precisaria enfrentar para lidar com sua deficiência. Ele expôs sua dificuldade de falar sobre o tema, expressando seu

sofrimento ao se conectar diretamente com a sequela. Além disso descreveu as fantasias que o encorajavam a dissimular sua deficiência. Mesmo com certa hesitação, desde o final da primeira dessas duas sessões, Alan passou a requisitar de sua mãe a busca por assistência para deficientes visuais, se mostrando ao menos disposto a tentar. Ana, por sua vez, aproveitou a sessão adicional para falar sobre questões pessoais relacionadas ao adoecimento de seu filho. Destacou, inclusive, sua dedicação excessiva aos filhos, em detrimento da atenção e cuidado que direcionava a si mesma. Ao final da sessão, todavia, ela pôde refletir sobre o futuro que planejava para seu filho e passou a reconsiderar os investimentos que deveria fazer no presente. Assim, após essa sessão, Ana já se mostrava mais disposta a proporcionar ambientes sociais para a inserção social de Alan.

Depois de implementadas essas sessões extras, o protocolo foi retomado. Ao refletir sobre seus planos para Alan e diante das solicitações dele, Ana passou a investir ainda mais em estratégias para tornar comum e mais frequentes as oportunidades de Alan interagir em grupos de pares. As sessões seguintes ocorreram com maior fluidez e os vínculos estabelecidos com mãe e criança tornaram-se mais consistentes, o que possibilitou maior liberdade de expressão para Alan. Outra conquista que lhe garantiu maior liberdade de expressão após essas sessões adicionais, foi o fato de Ana permitir que os atendimentos ao seu filho acontecessem na rua, onde ele se sentia “*mais livre*” e seguro para falar sobre suas emoções, porque em sua casa ele se sentia “*um pouco, demais, preso lá dentro.*”

Ainda na sétima sessão a díade relatou ter realizado uma primeira visita a uma instituição que tinha como objetivo a assistência a deficientes visuais. Além de, gradualmente, passar a interagir com mais crianças, Alan foi inserido em um grupo de crianças que se reunia semanalmente para atividades específicas. Na oitava sessão Ana já se mostrava mais ativa em relação à inserção de seu filho em um contexto social. Mostrava-se atenta às necessidades de interação social de Alan e disposta a conceder maior autonomia e privacidade para o filho e dedicar mais tempo a si mesma. Apesar de ter sido encorajado durante todo o período de intervenção, até a última sessão, Alan ainda não havia experimentado compartilhar com um amigo informações sobre sua deficiência. Apesar disso, já falava sobre o tema com maior naturalidade, e demonstrava disposição para cumprir esse desafio.

Em suma, foram realizadas todas as sessões previamente definidas no protocolo de intervenção adaptado. Contudo, apesar de demonstrar entusiasmo para interagir com a facilitadora, Alan apenas se mostrou disposto a cumprir as atividades propostas a partir da

segunda sessão, quando foi definido que as sessões ocorreriam separadamente para mãe e para o filho. Mesmo cumprindo o que estava sendo proposto, Alan ainda evitava falar sobre algumas questões que dificultavam a sua competência social. De modo similar, Ana permanecia passiva diante da necessidade de facilitar a inserção social de seu filho. Nesse período foram acrescentadas outras duas sessões para discutir questões relacionadas à deficiência visual de Alan. Ao retomar o protocolo do programa de intervenção inicial, Alan já conseguia falar com maior naturalidade sobre suas limitações e ele e sua mãe estavam em busca de um acompanhamento específico para deficientes visuais, inclusive para facilitar suas interações sociais. Ao longo das sessões seguintes, Ana passou a se posicionar de forma mais ativa, disposta a proporcionar ambientes de interação com pares para Alan.

Avaliação pós-intervenção

Avaliação quantitativa das habilidades sociais e dos problemas emocionais e comportamentais

Os resultados da avaliação das habilidades sociais de Alan, depois da intervenção, destacaram um aumento no repertório de habilidades sociais. Esses resultados revelaram que, em comparação à primeira avaliação, a mãe percebia uma maior quantidade de habilidades sociais descritas pelo SSRS no repertório do filho. Dentre as 23 habilidades listadas, apenas a habilidade para pedir informação ou assistência a vendedores de lojas e a habilidade para controlar a própria irritação em discussões com outros foram descritas como ausentes. As outras 21 habilidades sociais foram descritas como presentes ou muito frequentes. Quanto à relevância dessas habilidades, Ana considerou todas como importantes ou indispensáveis.

Quanto à avaliação dos problemas comportamentais e emocionais, os resultados da avaliação realizada dois meses após a intervenção sugeriram uma redução dos escores, em comparação aos resultados encontrados anteriormente à intervenção. Diferente dos resultados da primeira avaliação, não foram encontrados escores clínicos nessa última avaliação. Os resultados dessa etapa indicaram que, embora tenham diminuído, Alan ainda apresentava escores limítrofes de problemas externalizantes (61), problemas internalizantes (60) e também na escala total de problemas de comportamento (61). Foram também encontrados escores limítrofes na síndrome Problemas Sociais (65) e na escala baseada no DSM-IV, Problemas Desafiador Opositivo (66).

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a mãe

Enquanto na avaliação pré-intervenção foram frequentes os relatos sobre as restrições no convívio social de Alan com outras crianças, nesta avaliação a mãe ressaltou as mudanças na vida social do filho: *“Agora ele está tendo sempre contato [com outras crianças], porque ele está sempre aqui na rua com os meninos.”* Ela disse que ele estava integrado à dois grupos de crianças da igreja, que se reuniam três vezes por semana para atividades em grupo. Disse também que ele estava sendo assistido, por uma terapeuta ocupacional e uma assistente social, em uma instituição que oferecia acompanhamento específico para crianças com deficiência visual. Segundo a mãe, nessa instituição Alan aprenderia estratégias de locomoção e adquiriria autonomia para se adaptar às limitações impostas pelos problemas de visão: *“Vai ensinar ele a se virar sozinho em muitas coisas.”* Foi nesse local que ela recebeu orientação para buscar uma escola regular para o filho. Apesar de Alan ainda não estar matriculado em uma escola regular sua mãe já se mostrava empenhada em matricular o filho: *“Ontem mesmo eu fui atrás de escola pra Alan (...). Ele vai estudar. Nem que sabe se, ele não tem necessidade de passar de ano, ele tem necessidade de aprender alguma coisa, de conviver. Então eu não vou estar exigindo muita coisa, não.”*

Outra mudança pôde ser identificada na percepção da mãe acerca do desenvolvimento do filho. Antes da intervenção, seus relatos sugeriam que ela não percebia os prejuízos decorrentes da restrição de contato social de seu filho. Naquele período ela parecia imaginar que as interações sociais pudessem ser substituídas por interações solitárias com bichinhos de pelúcia ou bichinhos de estimação. Contudo, nesta avaliação após a intervenção, seus relatos indicaram que ela queria que seu filho tivesse ainda mais oportunidades de interação social e que ela percebia a importância de ele se relacionar com pares: *“Alan ficou meio só esses dias (...). Ele só esteve com essas crianças porque as outras crianças estão estudando (...). Eu acho que falta tempo, espaço para estar junto com outras crianças, bastante pra ele interagir mais, porque o tempo ali é limitado (...). Eu acho que se tiver mais oportunidade, como ele vai pra escola agora, ele indo pra escola eu sei que ele vai se relacionar bem melhor ainda. Na escola ele vai ter mais tempo...”*

Diante dessas mudanças no cotidiano, Ana relatou perceber melhora nos comportamentos e nas emoções expressas por seu filho. Ela disse que Alan estava mais obediente, inclusive nas ocasiões em que gostaria brincar por mais tempo: *“ele não desobedece, não. Mesmo que ele reclame depois, mas ele não fica desobedecendo.”* Por

acreditar que o comportamento de Alan de tocar com frequência no corpo das crianças desagradava algumas delas, Ana também considerou o aperfeiçoamento nas habilidades de Alan ao relatar que ele já conseguia estabelecer o contato social sem tanta necessidade de tocar no corpo das outras crianças: *“tem criança que não suporta toque e ele é muito de toque. Agora ele melhorou, depois que passou um tempo com você ele já melhorou, parou mais de tocar.”* Para ela, nas interações com pares seu filho estava se comportando com maior naturalidade e ao final dessas interações ele se mostrava satisfeito, se sentindo *“alegre, mais calmo.”* Entretanto ela também afirmou que, apesar de ter melhorado, percebia que seu filho ainda precisava aprimorar algumas de suas habilidades, como por exemplo, para iniciar uma interação e para finalizá-la quando necessário: *“ele não sabe como chegar na criança (...). Ele tem que aprender também a respeitar o limite da outra criança, que não quer as coisas. Isso aí ele tem que aprender.”*

Apesar dos benefícios destacados, a inserção de Alan em novos ambientes sociais também gerou alguns conflitos. Ana relatou que seu filho estava sendo frequentemente rejeitado. Segundo ela, em algumas situações as crianças se afastavam dele, demonstrando não querer sua companhia, e em outras ocasiões, além de se distanciarem, as crianças o agrediam fisicamente com beliscões e o menosprezavam, xingando-o de louco devido à cicatriz cirúrgica que tinha na cabeça. Nesse contexto, ela demonstrou sua capacidade crítica ao ponderar que às vezes as crianças se afastavam não por rejeitá-lo, mas por outras razões relacionadas às preferências de gênero, por exemplo: *“não é porque raiva de Alan, nem por nada. É porque ela é menina e quando chega outra menina ela quer brincar com a outra menina.”* Apesar desses conflitos, Ana incentivou seu filho a permanecer e persistir nas interações por acreditar que seria importante que ele se adaptasse ao convívio social: *“Ele vai ter que tentar, ele vai ter que continuar porque é o que ele quer, ele gosta, está interagindo (...) eu falei pra ele: ‘Não meu filho, vai continuar sim. Agora você vai aprender a dizer pra eles que você não é louco, não (...) você tem que abrir a boca e falar mesmo.’”*

A respeito dos conflitos na interação estabelecida entre ela e o filho, Ana relatou que Alan ainda apresentava dificuldades de lidar com algumas das mudanças que haviam ocorrido em decorrência da intervenção. Ela disse que frequentemente seu filho fazia queixas por não mais dormir com ela, ou por não querer frequentar a escola: *“Eu tive que catar do chão, que ele deita no chão, nas coisas: ‘eu vou dormir aqui’. Catei do chão e falei sério com ele: ‘vai pra sua cama, agora!’ (...) Ele: ‘uhm, não gosta de mim, né mamãe? (...) não aguento afastar*

da senhora, eu te amo tanto. ” Mas embora considerasse a importância de, em alguns momentos, se separar do seu filho em benefício do seu desenvolvimento, Ana também afirmou que tinha certa dificuldade de abrir mão da convivência contínua com seu filho: *“ainda falta eu desapegar mais dele. ”*

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a criança

Na avaliação pré-intervenção os relatos da criança também enfatizaram as restrições no convívio social, especialmente com pares. No entanto, nesta avaliação após a intervenção Alan destacou que sua rotina tinha sido modificada e que cotidianamente interagiu com outras crianças: *“todos os dias. Mas hoje, quando você sair, eu ainda vou brincar. ”* Ele contou que conquistou amizades na igreja e no bairro, que já podia brincar pelas ruas, fora de casa, e descreveu algumas de suas interações com esses novos amigos: *“a gente ficou brincando de lutinha. Daniel pegava um bonequinho que tinha poder e eu pegava outro. Aí a gente ficava correndo atrás de Janaína pra um lado e pro outro (...) O menino ficou fazendo cosquinha em mim (...) Corri aqui fora, desci, subi. ”* Houve uma clara ampliação no convívio social, e uma consequente redução nos relatos sobre interações com seus bichinhos de pelúcia. Dentre todas as entrevistas realizadas, apenas em uma breve ocasião Alan citou uma interação em que, juntamente com seus amigos, estavam os seus bichinhos de pelúcia: *“mas o Bob e BruceLee [bichinhos de pelúcia] tiveram uma participação nisso. O BruceLee parou a viatura do outro lado e o Renan não podia sair. Bob parou a viatura do outro lado e ele não podia sair. ”* Quando não podia estar com outras crianças, porque seus amigos já estavam estudando, Alan costumava brincar com bichinhos de estimação: *“Fiz amizade com um gatinho, uma amizade com uma porquinha [da Índia]. ”*

Alan se mostrou bastante entusiasmado com suas conquistas sociais e de autonomia. Ele relatou que estava tendo aulas de bateria e falou sobre seus planos para montar uma banda com os amigos. Aprendeu a se locomover sozinho em alguns dos locais por ele frequentados, a subir e descer escadas e a usar elevadores. Disse que gostaria de se sentir ainda mais independente, mas alegou que *“a minha mãe não deixa eu me virar sozinho. ”* Nesse contexto, também lamentou as limitações impostas pela responsável pelo grupo de crianças na igreja, quando ela não permitia que ele pulasse ou corresse como as demais crianças. Mas logo em seguida foi capaz de ponderar essas queixas ao reconhecer que, por conta da válvula instalada em seu cérebro, precisava, de fato, ter alguns cuidados: *“O menino subindo no banco e*

descendo e eu ficava lá. Porque eu sou especial, (...) eu não posso pular do banco e eles podiam. ” Contudo, nem todas as novidades o agradavam. A principal queixa de Alan se referia ao fato de estar prestes a começar a estudar: *“mas tem uma coisa que não está sendo nada legal. Desde que você falou pra eu ir visitar o Instituto, minha mãe quer colocar eu na escola e eu não quero (...) eu não gosto da escola (...). Até do Instituto eu não gosto mais.”*

Alan também falou das dificuldades por ele enfrentadas nesse processo de adaptação social. Ele relatou que estava sendo ofendido e humilhado devido a sua deficiência visual: *“ficaram zombando da minha cara só porque eu sou cego.”* Disse que algumas crianças se valiam de sua visão restrita para acusa-lo com mentiras, por exemplo, quando o agrediam com tapas e beliscões, e em seguida afirmavam que ele teria se machucado sozinho. Seus relatos também indicaram certa dificuldade da professora de intervir nesse tipo de conflito. Segundo ele, a professora tinha presenciado toda agressão, mas por não exercer autoridade sobre o grupo, não foi capaz de ajudá-lo a se proteger: *“A tia estava olhando (...). Ela não fez nada, se os meninos são mais fortes que ela. Deixou ela quase sem voz.”* Frente a esses conflitos, Alan afirmou ter pensado em desistir de participar do grupo de crianças, mas reconsiderou essa ideia e se manteve persistente também por contar com o apoio de seu irmão: *“me ensinou que não deve se desistir das coisas, nem que sejam difíceis. E eu não desisti.”* Alan inclusive procurou uma das crianças envolvidas nesses conflitos para conversar sobre o que havia acontecido e relatou que após a conversa voltaram a se relacionar: *“Eu falei: ‘véi, você tinha me envergonhado uma vez e eu estou chateado com isso ainda. Ai ele falou: ‘ô, desculpa, véi.’”*

Os relatos sugeriram ainda que Alan parecia bastante capaz de avaliar o contexto social no qual estava inserido. Talvez por refletir sobre esses episódios de rejeição, ele fez algumas ponderações sobre seu sucesso nas interações sociais. Para ele algumas crianças se interessavam mais por seus brinquedos do que por sua companhia: *“Quando está com os carrinhos juntam tudo. [Porém, sem carrinho] separam. Parece que não são muito amigos, não.”* Ele falou também sobre sua dificuldade de manter uma interação, alegando que algumas crianças o impediam de interagir com seus amigos, atraindo a atenção deles. No entanto, também considerou que ao final das interações, depois de conseguir iniciar e manter uma conversa ou brincadeira, seus amigos se sentiam tão satisfeitos quanto ele. Se sentem *“tristes porque eles queriam brincar mais. Eles acham emocionante, né. E eu também.”*

Síntese e interpretação teórico-conceitual dos resultados da avaliação pós-intervenção

Com relação ao primeiro componente da competência social, processamento da informação social (Yeates et al., 2007), houve um aperfeiçoamento das habilidades sociais da criança. Desde a primeira avaliação, antes da intervenção, foi verificado que Alan dispunha de muitas das habilidades fundamentais para uma performance social competente. No entanto, ele precisava adequar o uso dessas habilidades para interações com crianças, visto que seu repertório estava melhor adaptado para interações com adultos. Os resultados dessa última avaliação destacaram uma maior adaptação do uso das habilidades sociais nas interações com crianças.

As oportunidades mais frequentes para interagir socialmente com pares, aperfeiçoaram sua capacidade de codificar e interpretar os estímulos sociais (Bijou, 1995). Em várias ocasiões ele conseguia discriminar situações em que uma criança estava disposta a interagir com ele de situações em que não havia essa disposição. Foi também capaz de identificar situações de possíveis conflitos e tentou utilizar algumas das estratégias treinadas durante o período de intervenção. Entretanto, talvez por ainda ter um convívio social limitado ou devido ao período curto decorrido entre a intervenção e a avaliação pós-teste, por vezes Alan insistia que algumas crianças brincassem com ele, mesmo quando elas não se mostravam dispostas a determinado tipo de interação. Esse aspecto pode ter comprometido sua capacidade de avaliar as alternativas de resposta, como por exemplo propor outro tipo de brincadeira, e de avaliar os resultados indesejáveis desse comportamento insistente para si próprio e para os outros, quando por exemplo a interação se tornava desagradável para alguns dos integrantes.

É evidente também o avanço no componente interação social. Anteriormente Alan apresentava, principalmente, comportamentos de retraimento social. Parecia temer a rejeição e evitava interagir, mesmo quando eram outras crianças quem buscavam a interação. Na avaliação pós-intervenção, porém, ele e a mãe relataram inúmeros comportamentos afiliativos. Ele buscava se aproximar das crianças e se mostrava disposto a tentar interações em novos ambientes sociais, como a instituição específica para deficientes visuais, por exemplo. Mesmo diante de conflitos sociais relacionados à rejeição, Alan se posicionava de forma otimista, buscando alternativas para resolver os conflitos, sem se esquivar do contexto social. Outros fatores, como as alterações na aparência e nas características físicas, pareceram influenciar situações que sugeriam baixa aceitação social (Boman et al., 2013; Vannatta et al., 2007). A análise dessas situações revelou se tratar de um tipo específico de conflito,

envolvendo a aparência física, que foi pouco abordado durante a intervenção, e que talvez mereça maior atenção em se tratando de crianças com sequelas que provocam alterações marcantes na aparência.

Similarmente aos componentes anteriormente citados, a dimensão do ajustamento social, também revelou progressos. Tanto Ana quanto seu filho avaliaram o resultado do funcionamento social de Alan como favorável em alguns aspectos, mas com necessidade de mais aperfeiçoamentos. Os relatos indicaram que ao final das interações que conseguia manter, tanto Alan quanto os pares pareciam satisfeitos. Contudo, ainda existiam situações nas quais ele tinha dificuldade de manter o interesse e atenção dos amigos, por exemplo nas ocasiões em que uma outra criança atraía para si a atenção dos amigos com quem ele brincava.

Sobre a influência de variáveis específicas do adoecimento, Ana já não considerava que as sequelas do adoecimento pudessem continuar limitando o convívio social do seu filho. Ao invés de se esquivar de possíveis episódios de rejeição, Ana se mostrava disposta a estimular a adaptação do filho, favorecendo sua aceitação social. Mesmo diante de certo temor, Ana se mostrou disposta inclusive a matricular seu filho em uma escola convencional. Ademais, diferentemente do que foi identificado no período pré-intervenção, os resultados dessa avaliação não mais sugeriram a influência de variáveis ambientais como o funcionamento familiar e o estilo parental, nos prejuízos da competência social da criança.

Caso 2: Betina e Bernadete

Avaliação pré-intervenção

Informações clínicas

A díade do caso 2 foi formada por uma criança do sexo feminino e sua mãe, que serão chamadas de Betina e Bernadete, respectivamente. Betina tinha 10 anos de idade e sua mãe, Bernadete, que tinha aproximadamente 30 anos de idade, era casada e tinha outros dois filhos. Betina vivia em Salvador com seus pais e seus dois irmãos mais novos.

Aos seis anos de idade, Betina foi diagnosticada com um tumor cerebral, Craniofaringioma, localizado na região supraselar. Segundo prontuário médico, após cinco meses do diagnóstico Betina foi submetida a uma cirurgia porque necessitou de uma válvula para corrigir uma obstrução no cérebro. Ainda no mesmo ano do diagnóstico, foi submetida a

outro tratamento cirúrgico, após o qual apresentou boa evolução. No ano seguinte ela foi submetida a um tratamento quimioterápico complementar. Entretanto, alguns anos após o primeiro tratamento cirúrgico, ela foi submetida a uma nova cirurgia, devido ao aumento do tumor, e encaminhada para algumas sessões de radioterapia. Todo tratamento durou aproximadamente quatro anos e como sequelas o prontuário médico destacava obesidade e déficit endocrinológico. Após esse tratamento Betina seguiu em acompanhamento médico regular. E desde a fase de recrutamento para esse estudo a criança já havia retomado suas atividades escolares, bem como algumas atividades lúdicas e sociais, em um grupo religioso.

Avaliação quantitativa das habilidades sociais e dos problemas emocionais e comportamentais

Os resultados dessa avaliação das habilidades sociais revelaram que, segundo Bernadete, Betina exibia quase todas as habilidades sociais avaliadas pelo SSRS. Apenas a habilidade para pedir informação ou assistência a vendedores nas lojas foi descrita como ausente. Todas as 22 habilidades sociais restantes foram descritas como presentes ou muito frequentes nos comportamentos cotidianos de Betina. Com relação a pertinência dessas habilidades, Bernadete não descartou o valor de nenhuma e considerou todas como importantes ou indispensáveis.

Os resultados da avaliação dos problemas de comportamento revelaram que a criança apresentava escore clínico de problemas internalizantes (70) e escore limítrofe na escala total de problemas de comportamento (63). Foram também encontrados escores limítrofes nas síndromes Problemas de Pensamento (66), Ansiedade/Depressão (66), Retraimento/Depressão (68) e Queixas Somáticas (66), sendo as três últimas, as síndromes que compõem a escala de problemas internalizantes. Nas escalas de Problemas Obsessivo-Compulsivo (67) e de Problemas de Estresse Pós-Traumático (66) a menina também obteve escores limítrofes. Ademais, foram encontrados escores clínicos em duas das escalas baseadas no DSM-IV: 1) Problemas Afetivos (75) e Problemas de Ansiedade (70).

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a mãe

Os relatos da mãe indicaram que Betina mantinha contato com pares cotidianamente. Além do convívio com os irmãos, que também eram crianças, Bernadete disse que sua filha tinha contato com pares na escola, em um grupo religioso e no local onde ela fazia reforço

escolar. Contudo, Bernadete relatou que as interações sociais de sua filha eram mais comuns com adultos ou com crianças mais novas: *“ficava o maior tempo sentada, mas conversando só com adultos porque os adultos puxavam conversa (...). Às vezes com as crianças menores ela brinca como o quê.”* Ela considerava sua filha muito autoritária e percebia que as crianças mais novas se mostravam mais dispostas a atender suas instruções, enquanto na interação com crianças de mesma idade existia maior disputa. Bernadete relatou que inclusive Brenda, a irmã mais nova de Betina, se queixava dessa característica da irmã: *“ela [Brenda] fala: ‘porque Betina é chata. Betina quer mandar.’”*

Ao caracterizar as interações sociais da criança, os relatos da mãe destacaram que os estilos de brincadeiras escolhidas por Betina eram diferentes das preferências de outras crianças com a mesma idade. Segundo Bernadete, as outras crianças gostavam de brincadeiras mais agitadas, como pular ou correr, por exemplo, já Betina tinha mais disposição para interações que envolvessem atividade física menos vigorosa, como escrever ou brincar de boneca, por exemplo: *“Ela brinca de algumas brincadeiras que é de ficar parado (...) ela gosta de estar escrevendo, brincando de escola (...) algumas brincadeiras assim, que não corra muito.”* Por conta dessa divergência, algumas crianças preferiam brincar com Brenda e não com Betina. De forma semelhante Brenda privilegiava a interação com outras crianças que também gostavam de brincadeiras mais ativas. Nesse contexto Bernadete disse que sua filha se queixava de ser rejeitada por outras crianças e negligenciada pela irmã: *“ela botou no diário, eu li no diário, que ela [Betina] gostava muito da irmã dela, que a irmã dela [Brenda] não gostava dela.”* Para resolver essas questões Bernadete advertia Brenda, solicitando-a a facilitar a inserção social de Betina advertindo-a de que se quisesse brincar com outras crianças, deveria fazer isso junto com a irmã. Bernadete também repreendia o comportamento de Betina por considera-lo incoerente: *“eu falo com ela que não pode chorar. Ela chora, chora. Ela sofre, mas quando ela vê que não achou, que as meninas brincaram sem, sem... Ela gosta muito, na verdade ela gosta muito que adule, é que insista, adule ela.”*

Por outro lado, alguns relatos maternos destacaram que, por ser bastante risonha e comunicativa, Betina conseguia estabelecer contatos sociais com pares. Porém, embora tenha declarado perceber contentamento na filha ao final das interações, em seus relatos a mãe também dizia que sua filha não prolongava as interações: *“sempre que eu levo ela pra algum lugar ela quer vir embora logo, fica chata, assim, reclama.”* Reiteradas vezes Bernadete mencionou que Betina se queixava de dor de cabeça ao abandonar interações antes que elas

fossem finalizadas: *“Algumas dinâmicas, que é brincadeira na sala (...) ela não participou (...) porque sentiu dor de cabeça e porque estava um pouquinho quente (...). Antes disso ela participou.”* Esses relatos pareceram indicar que Betina comumente se queixava de dores nas situações em que as interações não lhe agradavam, como em atividades físicas mais dinâmicas, por exemplo. Esse dado pôde ser confirmado quando, em um dos relatos maternos, Bernadete contou que Betina tinha murmurado de dor e retornado da escola antes que as aulas terminassem. Nessa ocasião ela entendeu que a queixa de Betina *“era coisa que ela já foi chateada porque eu não deixei [usar] as pulseiras.”*

Também nesse contexto de queixas de dor de cabeça, a mãe falou das dificuldades acadêmicas que Betina apresentava, relacionando-as aos danos decorrentes do adoecimento. Segundo Bernadete, sua filha tinha dificuldades de acompanhar o ritmo da turma no aprendizado de novos conteúdos escolares. A mãe relatou que, além de frequentemente não conseguir terminar as atividades no tempo estipulado, Betina ficava aflita, nervosa e sentia dor de cabeça quando não conseguia aprender algo: *“quando puxa muito, sente dor de cabeça. Ela começa a ficar nervosa, aí trava e as professoras não puxam.”* No entanto, para Bernadete, toda a aflição que percebia em Betina se devia ao fato dela não se sentir igual a irmã: *“eu percebo que ela se abate, não porque ela não fez a prova, e sim porque ela não está igual a irmã, igual aos outros colegas.”* Ao tentar ajudar sua filha, Bernadete acabava lhe impondo a responsabilidade de ser aprovada para compensar os investimentos que fazia, dizendo para Betina: *“‘Eu fiz esforço, abri mão de algumas coisas pra colocar você na banca. Sua obrigação é estudar e passar porque você não faz nada. Mas aí, quando a gente vê a dificuldade a gente tem que junto com você, tentar lhe ajudar para que você vença essa dificuldade.’”* Além disso, Bernadete disse que também exigia que Brenda não se destacasse em relação à irmã com notas muito altas. A partir desses relatos foi possível perceber, além das dificuldades emocionais de Betina, que Bernadete também não possuía práticas de socialização e resolução de problemas eficazes para lidar com essas limitações da filha.

A obesidade, sequela do adoecimento, também foi descrita pela mãe como uma outra variável que parecia dificultar as interações sociais da criança. Bernadete contou que, em algumas ocasiões, sua filha lamentava o insucesso na interação com pares justificando suas dificuldades por meio das sequelas do adoecimento: *“‘ah, porque eu sou gorda e porque eu fiz a cirurgia e tal (...). Ah, eu sei que sou gorda, que algumas pessoas me olham assim.’”* Disse que Betina se incomodava quando outras crianças a excluía por ser obesa e que no

dia-a-dia ela sofria por não se sentir bem com o próprio corpo, acreditando que as roupas não lhe caíam bem. Além das repercussões sociais e dos prejuízos na imagem corporal, as declarações da mãe sugeriram que Betina sofria e se recusava a se adaptar a uma rotina alimentar restrita. Em vários relatos, Bernadete referiu que sua filha apresentava comportamentos de birra quando era proibida de comer o que desejava: “*quando não tem o que ela gosta, ela chora (...). Aí ela disse que vai ficar sem comer nada, aí chega ao extremo, ‘vou ficar, só vou beber água.’*” Devido a essas dificuldades para impor limites no controle na alimentação de Betina, Bernadete declarou utilizar como estratégia a ampliação da restrição alimentar para os outros dois filhos: “*aí eu evito, evito até pros dois o máximo que eu posso.*”

Ao ser questionada sobre o sucesso de Betina em interações sociais, Bernadete declarou que não percebia prejuízos: “*Ah, eu acho boa. Apesar de tudo ela não tem assim dificuldade, não.*” Entretanto ela ponderou essa avaliação ao considerar que as características emocionais de sua filha, como chorar ou irritar-se com facilidade, pudessem ser desagradáveis para as crianças com as quais ela interagia. Para ela, sua filha era ríspida, inclusive com a irmã, e fácil de se irritar. Ademais, disse que Betina frequentemente fazia birra ou chorava quando contrariada, por exemplo, quando não conseguia apreender os conteúdos na escola, quando alguém utilizava seus pertences sem autorização prévia ou quando ela se irritava com determinado tipo de interação: “*Quando mexe sem pedir ela vira uma fera. Ela reclama e briga mesmo. Chora (...). Eu vejo que quando brinca demais, que ela não quer, e se insistir, aí ela fica, chora, grita.*” Bernadete afirmou que percebia certo exagero nessas expressões emocionais da filha. Porém, mesmo diante desses relatos, a mãe parecia ter dificuldade de assumir ou de compreender que sua filha tinha problemas emocionais e comportamentais. Parecia se conformar com a ideia de que aquelas reações eram próprias do temperamento de Betina e ao final de cada semana de avaliação ela concluía sua percepção sobre o sucesso das interações sociais da filha afirmando que “*ela se relaciona muito bem.*”

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a criança

Betina relatou que gostava muito de estar com outras crianças. Ela mencionou que sempre acordava muito cedo e que por vezes permanecia sem realizar qualquer atividade lúdica por não gostar de brincar sozinha: “*fica muito chatinho, assim, brincar sozinha. Eu acho muito chato brincar sozinha.*” Porém, ela também disse que não costumava ficar com

outras crianças, apenas com sua prima, que era alguns anos mais nova. Betina contou que seus colegas gostavam de brincar de correr, mas que ela se mantinha na condição de observadora por não gostar desse tipo de interação: *“eu sou mais assim, sabe, pra ficar quieta. Porque eu não gosto, assim sabe, brincar de correr, de nada, não.”* Ela justificou que esse tipo de brincadeira não lhe agradava, alegando que se sentia muito desconfortável ao suar. Sua preferência era por outros tipos de brincadeiras como brincar de boneca ou com papel, por exemplo, para desenhar ou fazer origamis.

Mesmo tendo relatado preferir brincadeiras que não demandam, necessariamente, o contato social, como desenhar, Betina também mencionou alguns tipos de brincadeiras que estabelecia com pares. Por ter se afastado da escola no período do tratamento, Betina estudava na mesma turma da irmã mais nova, e seus relatos mostravam que ela frequentemente estava com Brenda ao interagir com outras crianças. Nesse contexto, ela relatou que em algumas ocasiões reunia seus brinquedos com os de outros colegas para brincarem juntos ou jogava jogo da memória com os colegas na escola: *“algumas vezes a gente junta os brinquedos mesmo que a gente leva, aí junta e brinca.”*

Betina contou que tinha alguns amigos mais próximos e outros com quem apenas conversava. Entretanto, seus relatos pareceram indicar que, em interações sociais, ela se mantinha mais retraída, ao invés de buscar aproximação com pares *“Algumas vezes eu brinco com ela de Barbie. Ela quer brincar, eu dou uma Barbie a ela e a gente brinca (...). Quando algumas vezes alguém quer escrever, aí eu pego e dou a folha para poder escrever comigo.”* Betina pareceu ter dificuldade de descrever suas interações com outras crianças. Enquanto falava de forma bastante sucinta sobre seu convívio com pares ela imediatamente descrevia com mais detalhes as interações sociais de seus colegas, muitas vezes destacando aspectos negativos dessas interações: *“com meus amigos na escola é tudo bem. Só que Pedro fica com umas brincadeiras malvadas, brincando de negócio de fogo, fica correndo prá lá e pra cá com Matheus. Aí a professora fica mandando parar.”* Ao longo das entrevistas esses relatos pareceram sugerir que ela se comportava mais como expectadora do que como participante dos ambientes sociais que frequentava.

Ademais, a forma como a criança relatava os episódios também pareceu reforçar sua característica de expectadora. Betina relatou alguns conflitos envolvendo colegas, no entanto, embora parecesse estar falando de seus contatos sociais, ao ser questionada sobre sua participação nesses episódios, ela afirmava não estar envolvida. Por exemplo, quando ela

contou sobre uma situação na qual o apagador da professora apareceu molhado, ela disse que todos em sua turma tentavam se explicar e que, por falarem juntos, a professora não conseguia compreender o que diziam. Ao ser questionada sobre sua participação nesse evento, se ela também teria sido acusada, ela respondeu que *“não, não. Eu fiquei sentada.”* Em outras ocasiões ela parecia relatar as queixas de outras pessoas como se fossem suas próprias queixas. Por exemplo, ao descrever sua melhor amiga ela disse: *“Ela é muito chatinha.”* Porém, ao ser questionada sobre os motivos que a levavam àquela percepção, ela reconsiderou a afirmativa relatando que, na realidade, era sua irmã quem tinha aquela opinião: *“Não... eu não acho ela muito chatinha, não. Minha irmã que fica achando.”*

As queixas de Betina estiveram bastante relacionadas aos episódios de lanche ou à sua imagem corporal. Ao descrever aspectos desagradáveis de suas interações com pares, repetidas vezes ela mencionou episódios no qual se sentiu ludibriada por alguém que escondia o próprio lanche: *“Ele pegou nos enganou, tia, dizendo que não tinha lanche. Deixa o lanche na mochila e finge que está sem lanche (...). Teve um dia, né, que eu não gostei, que ela veio me pedir lanche. Aí eu disse que não ia dar a ela porque ela algumas vezes mente. Teve um dia mesmo que eu estava no terceiro ano, ela pegou me pediu lanche, aí depois eu já ia vendo ela abrindo a mochila pra pegar o dela.”* Em outras ocasiões suas queixas estavam relacionadas à sua autoimagem corporal. Por exemplo, Betina mencionou que frequentemente se irritava com uma criança que fazia provocações sobre seu cabelo: *“eu me chateei mesmo foi com esse menino, (...) que ele fica pegando no meu cabelo (...) ele fica dizendo que tem que cortar mais que é muito ruim, por que não cortou.”*

Síntese e interpretação teórico-conceitual dos resultados da avaliação pré-intervenção

Na perspectiva do modelo teórico proposto por Yeates et al. (2007), os achados dessa avaliação sugeriram que a criança apresentava alguns prejuízos relacionados ao primeiro componente da competência social, o processamento da informação social. Embora não tenha sido realizada uma avaliação neurocognitiva, com instrumentos específicos, a partir do contato com a participante, foi possível notar que ela apresentava uma redução na velocidade de processamento da informação. Mesmo ao falar sobre seu cotidiano, diante das questões das entrevistas ou durante a elaboração do seu relato, Betina fazia uma longa pausa até iniciar ou continuar a sua fala. Além disso, ela parecia ter algum comprometimento na memória porque

reiteradas vezes relatou não se lembrar de acontecimentos recentes, inclusive depois de já ter iniciado a descrição de algum episódio.

Com base na localização do tumor e nos tratamentos aos quais a criança foi submetida, foi possível levantar a hipótese de que variáveis específicas da doença pudessem estar influenciando a competência social (Yeates et al., 2007). O tumor cerebral em Betina, que foi tratado com sessões de quimioterapia, de radioterapia e cirurgias, foi localizado na região supraselar. Um tumor localizado nessa região, que corresponde a uma localização próxima ao cerebelo, representa um fator de risco para problemas cognitivos e neuropsicológicos, seja por conta da compressão inicial exercida pela neoplasia ou pela ressecção cirúrgica (Palmer, 2008). De acordo com a literatura, os prejuízos na velocidade do processamento de informações também podem estar associados à radiação cranial e às complicações residuais após a cirurgia. Por sua vez, essa desaceleração neurocomportamental, associada à interação entre tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, pode causar prejuízos na memória (Mabbott et al., 2008). E, com a memória prejudicada, é comum que a criança tenha sua capacidade de aprendizado, social ou escolar, limitada (Yeates et al., 2007). Nesse sentido, possivelmente os prejuízos cognitivos identificados em Betina estivessem desacelerando sua capacidade de codificar e interpretar estímulos sociais e, conseqüentemente, comprometendo sua competência social.

Além desses déficits decorrentes do adoecimento, também foi possível perceber a influência de variáveis ambientais, como o padrão de interação mãe-criança e o status socioeconômico. As dificuldades no processamento da informação poderiam ser atenuadas se Betina fosse mais estimulada a uma autorreflexão a respeito das conseqüências de suas reações emocionais e comportamentais para si própria e para outras pessoas (Alvarenga, 2006; Bijou, 1995). Contudo, ao tentar proteger Betina, ao invés de estimular que ela se adaptasse ao ambiente social, confrontando-a com suas próprias dificuldades comportamentais, Bernadete intervinha para que o ambiente, especialmente amigos e familiares, se adaptasse à sua filha. Por exemplo, ao invés de instruir e incentivar Betina a buscar e manter interações, Bernadete buscava, principalmente, que a filha mais nova facilitasse os contatos sociais de Betina. Desse modo, além de não se responsabilizar pelas repercussões que seu comportamento gerava nas relações, Betina tinha limitadas oportunidades para treinar suas capacidades para codificar e compreender os estímulos sociais (Alvarenga et al., 2016). Esse padrão de interação pôde ser verificado tanto diante das

dificuldades de interação social e das rejeições sofridas por Betina, quanto diante da resistência que ela apresentava a se submeter às restrições alimentares.

As preocupações e proteção da mãe influenciavam, além dos prejuízos no processamento da informação e no ajustamento social de Betina, todo o funcionamento familiar (Alvarenga et al., 2016; Schlinger, 1995). Na tentativa de ser justa na garantia de carinho e cuidado para os filhos, Bernadete não se permitia reconhecer os potenciais e as limitações específicas de cada um deles. Desse modo, ao se recusar a diferenciá-los, ela não permitia que sua filha mais nova se destacasse nem na escola nem nas interações sociais. No entanto, esse controle do ambiente familiar, além de prejudicar o desenvolvimento da filha menor e, possivelmente, estimular o conflito entre as irmãs, também prejudicava a tolerância à frustração de Betina, inclusive, agravando sua reatividade emocional e sua vitimização.

Com relação à interação social, segundo componente da competência social, os achados indicaram que Betina se mantinha, mais frequentemente, de forma passiva e retraída quando em contato com pares. Nas ocasiões nas quais apresentava comportamentos afiliativos, buscando aproximação, Betina nem sempre os desempenhava de forma assertiva, principalmente, por ter dificuldades para controlar suas emoções. Por ser um determinante crítico da competência social, foi possível considerar que o primeiro componente também estivesse influenciando os prejuízos da criança em interações sociais. Talvez a dificuldade de Betina em responder à comportamentos dos pares de modo temporalmente contingente também estivesse associada ao grau de satisfação que outras crianças demonstravam ao manter contato social com ela (Alvarenga et al., 2016; Bijou, 1995). Além desses aspectos, os problemas emocionais identificados nessa avaliação têm sido destacados enquanto preditores de déficits na competência social (Schulte & Barrera, 2010; Schulte et al., 2010; Schultz et al., 2007; Vannatta et al., 2007).

Os resultados da avaliação do ajustamento social também não foram muito favoráveis. Betina fez relatos otimistas sobre os resultados de suas interações, afirmando ter êxito nesses contextos, porém, não apresentou relatos de situações que exemplificassem essas afirmações. Sobre o auto ajustamento social de crianças que tiveram um tumor cerebral, outros estudiosos consideraram que os déficits nas capacidades cognitivas dessas crianças poderiam dificultar sua consciência ou percepção do próprio prejuízo social. Também é possível que essas crianças tendam a “reprimir”, ou esquivar-se de perceber e relatar suas dificuldades psicossociais (Vannatta et al., 2007; Yeats et al., 2007). Bernadete afirmou que os resultados

das interações sociais de Betina pareciam suficientes para sua filha, mas ponderou essa percepção ao considerar que as reações emocionais dela talvez não fossem agradáveis para as crianças com as quais ela interagia. Ademais, também quanto a essa dimensão foi possível perceber a influência de variáveis ambientais. A literatura destaca que as características da mãe, culturalmente reconhecida como principal cuidadora da criança, têm grande repercussão no desenvolvimento socioemocional e comportamental da criança (Bijou, 1995; Hartas, 2011), principalmente porque a forma como ela se comporta em interações familiares servem como modelo para a aquisição de habilidades comportamentais para as crianças (Alvarenga et al., 2016). Nesse sentido, Bernadete demonstrava ter importantes dificuldades para identificar e lidar com os problemas emocionais e comportamentais da filha.

Implementação da intervenção

Com base na experiência com a díade do caso 1 e também por considerar que a idade da criança demandava maior independência e privacidade, a intervenção com a díade do caso 2 também foi implementada de forma separada para a mãe e para a criança. Além disso, em virtude dos achados da avaliação pré-intervenção, as estratégias utilizadas na intervenção com Betina estiveram voltadas para o desenvolvimento de habilidades para interagir com crianças e para o favorecimento do autocontrole emocional, com o objetivo de capacitá-la a iniciar e manter interações sociais com pares, mesmo sem a facilitação da irmã ou de um adulto.

Na primeira sessão de intervenção, que ocorreu imediatamente uma semana após a última etapa da avaliação pré-intervenção, foi possível notar bastante expectativa e curiosidade da família (mãe, irmãos e primo) quanto ao que seria ofertado. Assim, com o intuito de disponibilizar maiores informações aos familiares, a dinâmica para o estabelecimento do contrato terapêutico e a primeira atividade de introdução ao tema da sessão foram realizadas com todos os presentes, e em seguida as demais tiveram seguimento somente com Betina e sua mãe.

Ao longo de toda intervenção, especialmente em uma das dinâmicas da primeira sessão, que correspondeu a uma espécie de jogo da memória, foi possível ratificar a percepção a respeito das dificuldades cognitivas que Betina apresentava na compreensão de instruções básicas e na memorização de informações comuns. Foram cumpridas todas as etapas da primeira sessão descritas no programa de intervenção, contudo, durante toda sessão, Betina se mostrou conformada com sua condição e pouco disposta a fazer mudanças. A menina repetiu expressões como “*eu sou assim*” ou “*sempre fui assim.*” Além disso, diferentemente dos

encontros até então ocorridos na avaliação pré-intervenção, na primeira sessão ela se apresentou bastante sonolenta e, curiosamente, acabou adormecendo enquanto finalizávamos as atividades.

Por sua vez, Bernadete declarou que, desde o início da avaliação prévia à intervenção, ela teria se tornado mais atenta para observar os comportamentos da filha em interações com pares e para comedir suas estratégias educativas, com a finalidade de garantir maior autonomia para a filha. Ao longo de todo período de intervenção a mãe ressaltava eventos que sugeriam avanços em aspectos socioemocionais relacionados ao comportamento da filha. Por exemplo, a mãe afirmava que Betina estaria interagindo mais frequentemente com crianças de mesma faixa etária ou que os episódios de birra estavam ocorrendo com menor frequência. Mesmo ao relatar alguns prejuízos, como quando falava dos comportamentos de birra da filha, Bernadete ponderava suas queixas considerando que aqueles comportamentos eram “*normal dela.*” Esse tipo de posicionamento pareceu bastante compatível com a resignação expressa por Betina.

Similarmente ao que aconteceu em outras sessões, na segunda sessão Betina não respondeu de forma positiva à atividade extra intervenção. Nessa ocasião ela não conseguia sequer se lembrar de que havia uma atividade para ser realizada e em outras ocasiões, embora se lembrasse da atividade proposta, ela declarava não encontrar o protocolo de registro da atividade disponibilizado pela psicóloga responsável pela intervenção. Nesse aspecto, além das dificuldades cognitivas apresentadas por Betina, foi possível perceber certa dificuldade da mãe em apoiar a realização das atividades extra intervenção, visto que em todas as sessões ela havia sido informada a respeito do que estava sendo trabalhado com sua filha e das atividades que a criança deveria cumprir para a sessão seguinte. Além disso, em várias ocasiões Bernadete também deixou de realizar suas próprias atividades extra intervenção.

Novamente, é possível que o fato de a mãe não realizar essas atividades esteja, pelo menos em parte, relacionado a dificuldades impostas pelo seu nível de escolaridade. Supõe-se que talvez ela não estivesse realizando as atividades extra intervenção por ter algumas dificuldades de compreensão ou de redação. Nesse aspecto foi-lhe sugerido que, nos casos de dificuldade, ela pudesse buscar auxílio do marido ou que apresentasse suas dificuldades durante a sessão.

Embora se mostrasse disposta ao desempenhar as atividades propostas nas sessões de intervenção, a criança ainda não se sentia suficientemente confortável para falar sobre seu

sofrimento relacionado ao adoecimento. Desde o período de recrutamento, ao ser questionada sobre seu adoecimento, Betina expressou sua dificuldade de falar sobre o assunto ao apresentar respostas curtas ou evasivas às perguntas da facilitadora sobre este assunto. Porém, ao discutir o tema cooperação, Betina foi estimulada a falar sobre seu adoecimento. Nesse momento, ela se emocionou, chorou, e conseguiu falar sobre seu sofrimento, especialmente quando, devido à rotina de tratamento, esteve distante dos amigos, da escola e de seus familiares. Enquanto relembrava e falava sobre todo período de adoecimento, Betina foi apoiada e incentivada a prosseguir nos relatos e expressões emocionais. Após esse relato, Betina demonstrou maior estabilidade e controle emocional e retomou as atividades daquela sessão revelando engajamento positivo. Nas sessões seguintes Betina passou a se comportar de forma mais espontânea ao falar sobre suas emoções.

Em supervisão, logo após essa sessão, foi possível constatar que, além de adequar a utilização das habilidades sociais que possuía para interações com pares, a principal demanda de Betina correspondia à sua dificuldade para lidar com as próprias emoções. E nesse contexto a dinâmica familiar exercia uma influência fundamental. Em diversas ocasiões Bernadete declarou que sua principal estratégia para lidar com o descontrole emocional de sua filha era ignorar suas reações emocionais. Esse tipo de estratégia, ao invés de favorecer o desenvolvimento da criança, parecia intensificar suas reações emocionais aversivas, principalmente porque ela não dispunha de oportunidades para descrever seus sentimentos e relacioná-los aos acontecimentos.

Bernadete adiou a sessão imediatamente seguinte aquela na qual Betina se emocionou ao falar sobre seu adoecimento. As limitações que ela apresentava para lidar com as emoções de sua filha foram ratificadas quando, na sessão reagendada, Bernadete expressou sua dificuldade quando soube pela filha que, na sessão anterior, teriam sido trabalhadas, inclusive, as questões emocionais relacionadas ao adoecimento. Embora estivesse sendo encorajada a apoiar e incentivar relatos da filha sobre sentimentos e acontecimentos negativos, relacionados ao adoecimento e a situações de sua vida em geral, e a favorecer oportunidades para que ela pudesse expressar suas emoções de forma assertiva, Bernadete ainda acreditava que a melhor estratégia seria ignorar o tema e não falar sobre o adoecimento com Betina. Esse padrão comportamental de esquiva foi repetido em situações diversas ao longo do período de intervenção, entretanto, ao final do programa de intervenção, Bernadete já se mostrava capaz

de compreender a importância de rever algumas estratégias educativas utilizadas no cotidiano com sua filha.

Em suma, foi possível observar que a realização da intervenção separadamente para mãe e criança favoreceu, principalmente, a maior liberdade de expressão para ambas as partes. Embora tenha se preocupado em ressaltar os avanços no desenvolvimento socioemocional da filha desde a primeira sessão de intervenção, foi possível perceber, ao final do período de intervenção, mudanças importantes na compreensão que Bernadete tinha a respeito do desenvolvimento da filha. Ela já se mostrava capaz de compreender aspectos cruciais para o desenvolvimento socioemocional de Betina e de reconsiderar algumas estratégias utilizadas na regulação do comportamento da filha. Por sua vez, a garantia de uma oportunidade, ainda que restrita, para Betina falar sobre suas emoções pareceu, de algum modo, favorecer as relações sociais da filha, visto que sua mãe ressaltou um aumento na frequência das interações que ela passou a estabelecer com pares.

Avaliação pós-intervenção

Avaliação quantitativa das habilidades sociais e dos problemas emocionais e comportamentais

Os resultados da avaliação das habilidades sociais revelaram que, enquanto na primeira avaliação apenas uma habilidade foi descrita como ausente, nessa avaliação a mãe considerou que duas habilidades não eram exibidas nos comportamentos da filha: (1) pedir informação ou assistência a vendedores nas lojas, descrita como ausente desde a primeira avaliação; e (2) controlar a irritação em discussões com outras pessoas. É possível que, por ter ampliado sua compreensão a respeito dos comportamentos da filha, Bernadete foi capaz de perceber que a habilidade para controlar a irritação não estava presente no repertório comportamental da filha. Sendo assim, o relato dessa ausência sugere um benefício resultante da intervenção, visto que anteriormente a mãe não conseguia perceber tal dificuldade. De qualquer modo, os resultados deste instrumento indicam que não houve mudança na avaliação quantitativa das habilidades sociais antes e após a intervenção.

Similarmente aos resultados encontrados antes da intervenção, nessa avaliação foi constatado escore limítrofe na escala total de problemas de comportamento (62) e escore clínico de problemas internalizantes (69). Houve aumento também nos escores da síndrome Ansiedade/Depressão (72) e da escala de Problemas Obsessivo-Compulsivo (70), que

anteriormente obtiveram classificação limítrofe. Contudo, enquanto na primeira avaliação tinham sido identificados escores limítrofes para quatro síndromes diferentes, nessa avaliação, além do escore clínico da síndrome Ansiedade/Depressão, apenas a síndrome Queixas Somáticas (66) permaneceu com escore limítrofe. Por fim, também foram mantidos os escores clínicos de duas escalas baseadas no DSM-IV: Problemas Afetivos (70) e Problemas de Ansiedade (72).

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a mãe

Diferentemente da avaliação pré-intervenção, quando a mãe destacou que as interações sociais de Betina eram mais comuns com adultos ou com crianças mais novas, nessa avaliação, em diversas ocasiões, ela ressaltou que sua filha estava privilegiando interações com crianças de mesma faixa etária: *“quando tem as maiores, Betina não está mais preferindo brincar com menores (...) ela tem interagido mais com crianças da idade dela.”* Bernadete também relatou que, ao invés de se manter estática, sem tentar iniciar interações, sua filha já estava buscando contato com outras crianças. Disse inclusive que percebia que Betina já não dependia tanto da ajuda da irmã para ser inserida em grupos sociais, que ela escolhia seus próprios grupos, independentemente das escolhas da irmã: *“[na escola], Brenda escolheu teatro, ela escolheu música (...) não está muito focada em Brenda, sempre assim querendo o que Brenda escolheu ela escolher também.”*

Alguns relatos da mãe indicaram que Betina estava se comportando de forma mais assertiva em alguns contextos da interação com os pais. Ao invés de apresentar comportamentos de birra ou retraimento, em algumas ocasiões Betina conseguia negociar suas preferências através da comunicação verbal. Por exemplo, Bernadete relatou que conversando Betina conseguiu expressar sua preferência por um novo corte de cabelo, enquanto a mãe pretendia manter cachos no cabelo da filha: *“Aí ela me pediu: ‘Eu posso dar um corte? (...) Porque eu quero ficar assim, quero ficar com o cabelo Black, não quero voltar a cachear.’”* Nesse contexto Bernadete foi sensível às demandas da filha e atendeu ao seu pedido para cortar o cabelo. Contudo, Bernadete também revelou que Betina ainda se excedia ao expressar suas emoções, especialmente em interações com pares. Disse que quando a filha se aborrecia com alguma coisa, se comportava com extrema irritação ou chorando: *“essa semana mesmo ela se chateou porque ele [um primo] fez assim [sugeriu um tapa no contexto da brincadeira] e ela chorou. Chorou, mas fazendo mais drama. Porque eu vi que doeu um*

pouco, mas não foi pra tanto choro. ” Também nessa ocasião os relatos da mãe sugeriram que ela respondeu de forma adequada. Ao discriminar o exagero da filha, ela a repreendeu, mas não disponibilizou tanta atenção para seu mau comportamento e assim não reforçou esse padrão de expressão emocional.

As queixas somáticas foram também relatadas como um padrão comportamental de Betina que se manteve mesmo após a intervenção. Bernadete mencionou que inclusive Brenda se queixava do uso que a irmã parecia fazer das dores de cabeça, quando algumas atividades domésticas deveriam ser divididas entre elas: *“Aí Brenda se queixa assim: ‘Ela dá dor de cabeça pra fazer as coisas (...) ela tem que dar dor de cabeça agora, na hora de fazer as coisas.’ ”* Porém, os relatos maternos sugeriram que Bernadete estava mais alerta a esse tipo de manifestação comportamental após a intervenção. Ela disse que ao oferecer um medicamento já conseguia identificar os momentos em que Betina referia dor de cabeça por receber algum tipo de recompensa ou por conseguir evitar algum contexto aversivo: *“‘Você quer o remédio?’ ‘Não’. Aí eu sei quando é e quando não é.* ” Disse também que tem dialogado com a filha sobre os riscos de referir dor apenas para obter benefícios e sobre a importância de se comunicar verbalmente a respeito dos desejos, expectativas e preferências. Para a mãe, embora ainda presentes, os eventos marcados por queixas somáticas eram menos frequentes: *“ela está participando das coisas da escola, eu sinto, sem muita dor de cabeça, passar mal, sem muita queixa, foi menos. Por enquanto, ainda, esse ano foi menos.* ” Ela acreditava que as mudanças nos comportamentos da filha eram mais lentas principalmente devido às sequelas cognitivas resultantes do adoecimento.

Segundo Bernadete, outra diferença na rotina de sua filha decorria da maior autonomia que ela tinha concedido à Betina. Ela disse que Betina já tinha liberdade de ir à escola acompanhada apenas pela sua irmã mais nova ou por outras crianças e que também podia sair sozinha, em curtas distâncias. Entretanto, na maioria das ocasiões em que a mãe destacou a autonomia da filha ela se referia à destreza de Betina para conseguir alimento: *“ela já se vira. Porque na conferência mesmo, eu não precisei mandar ela pra fila. Que a gente faz uma fila pro jantar à noite (...). Aí toma o café, pergunta a gente o que vai ser de lanche, se vai comprar, aí providencia logo arrumar a mochila dela.* ” Ao ser questionada sobre esse aspecto, Bernadete confirmou que realmente percebia que Betina tinha mais autonomia para se alimentar do que para buscar interações sociais. Nesse contexto, ela também falou que Betina continuava com dificuldade para se ajustar às restrições alimentares. Ela inclusive

mencionou eventos nos quais Betina teria se irritado por não ter lanche, por exemplo quando foi ao cinema em um passeio da escola: *“Ela só achou ruim porque no aviso vinha que era só o dinheiro do transporte, que já tinha incluído tudo. Só que quando chegou lá não teve pipoca nem refrigerante (...). Aí que ela veio agitada, ‘não gostei porque não teve a pipoca, não teve um lanche.’ ”*

Sobre os resultados das interações sociais de sua filha com pares, Bernadete falou que, no geral, as crianças não rejeitavam Betina. Porém, ela percebia certa diferença na forma como Betina era tratada pelas crianças que já conheciam sua filha desde o adoecimento e as crianças que não acompanharam todo processo de tratamento dela. Segundo a mãe, as crianças que já conheciam Betina há mais tempo interagiam com ela com mais cuidado, buscando não a desagradar, enquanto as que não conviveram com ela no período de tratamento não tinham esse tipo de cuidado e, em algumas ocasiões, a decepcionava falando coisas que não agradavam sua filha. A exemplo disso ela mencionou uma ocasião em que a professora teria sugerido que sua filha tivesse prioridade na fila do lanche. Nessa situação, segundo a mãe, as outras crianças reivindicaram que Betina entrasse na fila como as demais: *“‘Não, você tem que vir pra trás mesmo, não é prioridade, não. Você tem que pegar fila igual a mim.’ Aí ela [Betina] fala assim: ‘Ele falou assim comigo grosso, eu não gostei.’ ”*

Em resumo, Bernadete, que anteriormente tinha dificuldade de perceber que sua filha apresentava problemas emocionais, se mostrou bastante atenta às necessidades dela. Ao reconhecer que seus filhos tinham diferentes potenciais e dificuldades ela passou a utilizar estratégias específicas para as demandas de Betina e a incentivá-la a ter maior autonomia em interações sociais. Porém, os relatos de Bernadete também sugeriram que ela ainda apresentava dificuldades para lidar com o sofrimento da filha, especialmente quando relacionados às sequelas do adoecimento.

Avaliação qualitativa da competência social: entrevistas com a criança

De modo semelhante aos resultados da avaliação pré-intervenção, os resultados desta avaliação destacaram que, embora tivesse contato cotidianamente com pares, Betina comumente se mantinha apenas como expectadora da interação de outras crianças: *“eu fiquei lá fora, sozinha. Assim, sabe, no meu canto, sem conversar, sem nada, só olhando a minha bolsa.”* Contudo, algumas mudanças sutis foram identificadas. Os relatos de Betina sugeririam que ela já estava começando a depender menos da irmã Brenda para interagir com

pares e identificando seu próprio grupo social. Ao ser questionada sobre um melhor amigo, ao invés de mencionar Brenda pelo simples fato de ser sua irmã, ela se referiu à Danieli em todas as ocasiões em que essa questão foi levantada e, diferentemente da primeira avaliação, nesta avaliação ela conseguiu descrever as características que admirava na melhor amiga, enfatizando, inclusive, a reciprocidade da relação: *“Ela é calma, quieta, sabe conversar, assim, não ficar com a conversa rápida. Aí eu gosto muito de conversar com ela (...). Ela gosta, assim, de ficar mexendo no meu cabelo (...) Brenda, assim, não gosta dela, só que eu gosto.”*

Sobre outras interações, além das que mantinha com o irmão mais novo e com uma prima também mais nova, Betina não foi clara ao descrevê-las. Como na primeira avaliação, embora tenha relatado que brincava com outras crianças na escola, ela não soube detalhar essas interações e justificou que na escola não era disponibilizado muito tempo para brincar, e que ela utilizava o intervalo do recreio apenas para lanche: *“Eu brinco, faço um bocadinho de coisas (...). Ah tia, agora, sabe, eu não consigo falar porque a gente só brinca só um pouquinho dia de sexta.”* Em seus relatos Betina demonstrou maior satisfação ao falar sobre as interações que envolviam lanches. Além de declarar que gostava muito de fazer piquenique com as colegas na escola, ela descreveu outros eventos nos quais destacou como mais interessantes os momentos de lanche. Por exemplo, ela contou que em um passeio turístico, realizado pela escola, ela não saltou do ônibus juntamente com as demais crianças para conhecer partes da cidade. Ao contrário, ela se manteve parada no veículo e destacou como prazeroso apenas o momento em que a turma foi saborear um sorvete: *“Naquelas horas foi chato, tia, que a gente ficou dentro do ônibus. Mas no final foi legal, (...) a gente parou em um negócio de sorvete!”* Em outro relato semelhante, Betina contou que, em um aniversário de um amigo, enquanto outras crianças brincavam, ela se manteve apenas observando porque estava comendo: *“só que eu não fiquei brincando, só eles. Aí eu fiquei olhando porque a tia já tinha me dado o bolo.”*

Os relatos da menina também sugeriram certo excesso de cuidado por parte dos professores na escola. Betina falou sobre sua disposição para aulas de teatro, artes e educação física na escola, mas ao descrever esses contextos ela mencionou que, especialmente nas aulas de educação física, o professor cuidava para que ela não se exercitasse como os demais: *“O professor mandou eu ficar ali no meio sem fazer nada (...). Eu fiquei lá parada e perguntando todas as vezes: ‘Professor, o que eu vou fazer?’ Acho que ele tem medo de eu cair.”* Betina

falou que se “*sentia triste*” com essas intervenções porque os professores não permitiam que ela desempenhasse as mesmas atividades que os colegas. Entretanto, em outros momentos ela referiu que se privava de interagir com pares, por exemplo, para se proteger do sol por temer sintomas como a dor de cabeça. Ela mencionou que, no passeio turístico feito com a escola, não se acomodou na parte aberta do ônibus com as demais crianças para não sentir dor de cabeça: “*porque dali já comecei a ficar com dor de cabeça, sabe, imagina se eu tivesse ali no sol.*”

Betina apresentou alguns avanços referentes à capacidade de iniciar e manter interações sociais e inclusive já conseguia identificar crianças com quais poderia ter maior proximidade. Ela se mostrou disposta a experimentar novos contextos sociais, no entanto, seus relatos ainda indicavam que ela se mantinha predominantemente observando as interações entre outras crianças. Além de seu prazer e satisfação estarem fortemente atrelados ao consumo de lanches, Betina parecia retrair-se por temer adversidades, tanto relacionadas à sua saúde como às interações sociais.

Síntese e interpretação teórico-conceitual dos resultados da avaliação pós-intervenção

Em relação ao processamento da informação social (Yeates et al., 2007), os atrasos na velocidade de processamento, bem como os prejuízos na memória, foram também mencionados tanto pela mãe e pela criança, quanto observados pela facilitadora nessa avaliação. Ao falar sobre seu cotidiano durante as entrevistas, em diversas ocasiões Betina relatava não se lembrar dos eventos vivenciados naquela semana e o padrão de longas pausas até iniciar ou continuar a seu relato se manteve. Esses prejuízos cognitivos pareciam desacelerar suas capacidades para codificar e interpretar os estímulos sociais, o que dificultava suas interações sociais e seu aprendizado escolar. Desse modo, mesmo depois de finalizada a intervenção, ainda foram identificados prejuízos nesse primeiro componente da competência social, devido aos déficits nas habilidades cognitivas da criança.

Entretanto, conforme discutido na avaliação pré-intervenção, embora essas sequelas constituíssem variáveis específicas da doença, de difícil reversão, que influenciavam na competência social da menina, o padrão de interação mãe-criança, que também interfere nos comportamentos sociocompetentes infantis, poderia ser modelado em benefício do desenvolvimento socioemocional da criança (Alvarenga, 2006; Bijou, 1995; Schlinger, 1995). Em alguma medida, Betina pareceu ter desenvolvido suas habilidades para identificar

estímulos e resolver conflitos sociais. Bernadete relatou ter observado que sua filha estava utilizando mais estratégias de negociação para resolução de conflitos com pares e que dependia cada vez menos de sua mediação nessas ocasiões. Certamente essa foi uma mudança sutil porque Betina ainda expressava suas emoções negativas de forma muito intensa e indiscriminada, principalmente por não interpretar os estímulos de forma adequada para, a partir dessa interpretação, implementar uma resposta coerente ao contexto social. De toda forma, ainda que sutil, essa mudança influenciou avanços nos demais componentes da competência social.

Outra mudança nesse padrão de interação entre mãe e filha se refere à consciência que Bernadete demonstrou ter a respeito das diferenças entre os potenciais e as limitações específicas de seus filhos. Nas ocasiões em que Betina se comparava, com sua irmã ou com outras crianças, ao invés de exigir dela o mesmo tipo de resposta que a irmã, Bernadete passou a encorajar sua filha a reconhecer suas limitações e a investir em seu potencial. Ao apoiar sua filha dessa forma, Bernadete garantiu-lhe a segurança necessária para que ela pudesse começar a ser menos dependente da irmã mais nova, conquistando seu próprio grupo social (Bijou, 1995). Por exemplo, Betina demonstrou iniciativa para interações mais dinâmicas, inclusive para participando de disputas de corrida com pares, sem relatar frustração ao não conseguir vencer.

No entanto, em suas estratégias educativas a mãe ainda não se mostrava suficientemente capaz de acolher o sofrimento de Betina, levando-a a refletir sobre as consequências de seus comportamentos e fornecendo-lhe modelos alternativos de comportamentos que ela pudesse utilizar assertivamente em suas interações (Alvarenga, 2006). Especialmente sobre a necessidade de submeter sua filha a restrições alimentares, Bernadete ainda demonstrava dificuldades para estimular a adaptação de Betina e mantinha a mesma estratégia de estender as restrições de Betina para os demais irmãos. Diante desses dados, foi possível verificar que, além dos prejuízos cognitivos, algumas variáveis ambientais ainda dificultavam o sucesso nesse componente.

Sobre o segundo componente, interação social, apesar de ainda relatar diversos comportamentos de retraimento, Betina se mostrou mais disposta a buscar aproximação social com pares. Dada a característica integrativa proposta por Yeates et al. (2007), foi possível perceber que as mudanças no componente processamento da informação social influenciaram também o desempenho de Betina no segundo componente. Através dos estímulos sociais, a

criança foi capaz de identificar em uma colega da escola características e interesses semelhantes, o que facilitou a afinidade e aproximação entre as duas. Betina se mostrou disposta a experimentar novas interações e contextos sociais, porém, outra variável ambiental caracterizada pelo excesso de proteção dos professores pareceu dificultar os avanços nesse componente. Talvez por desconhecer as capacidades físicas de Betina e com intuito de garantir a segurança das atividades desempenhadas na escola, ao invés de incluí-la no grupo das demais crianças, alguns professores a mantinham afastada, sem nenhuma atividade predefinida. Esse padrão de cuidado excessivo pareceu reforçar o receio de Betina de ter dor de cabeça ou algum mal-estar e isso, por sua vez, aumentava a probabilidade de ela não se juntar aos colegas em atividades na escola, o que limitava suas oportunidades de interação com pares.

Segundo a avaliação da criança e da mãe, os resultados do ajustamento social foram favoráveis. Betina acreditava que as crianças compartilhavam do mesmo prazer que ela sentia com as interações sociais e, no mesmo sentido, sua mãe ressaltava que ela não sofria rejeições e era bem-quista tanto por adultos quanto por crianças. Bernadete apenas destacou que, para ela, as crianças que estiveram próximas à Betina durante o tratamento eram mais cuidadosas em não a decepcionar. No entanto, esse ‘cuidado’ referido pela mãe possivelmente estivesse sendo prejudicial ao desenvolvimento da menina, visto que diante desse contexto social Betina teria limitadas oportunidades para treinar sua tolerância à frustração (Alvarenga et al., 2016). De toda forma, com base na proposta de Yeates et al. (2007), a completa avaliação desse componente deveria incluir a percepção de outros integrantes do ambiente social da criança, como os pares e os professores.

Em síntese, as mudanças verificadas no processamento da informação social foram sutis, porém, conforme sugerido por Yeates et al. (2007), por ser um determinante crítico da competência social, a mudança nesse componente influenciou os resultados dos demais. Embora ainda se mantivesse principalmente observando a interação dos amigos, Betina demonstrou maior disposição e iniciativa para experimentar novos contextos sociais. Essas iniciativas, por sua vez, repercutiram tanto na avaliação realizada pela mãe quanto pela criança a respeito do ajustamento social.

Análise das proposições do estudo: comparação entre as duas unidades de análise integradas

Neste capítulo serão discutidas as similaridades e diferenças entre as duas unidades de análise integradas (caso 1 e caso 2), com base nas quatro proposições previamente definidas para este estudo. A primeira proposição previa que o treinamento de habilidades sociais e a consequente estimulação para praticar as habilidades desenvolvidas na intervenção favoreceria a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral. Conforme destacado no capítulo anterior, a partir dos resultados da avaliação prévia à intervenção foi possível constatar que as crianças dos dois casos apresentavam a maioria das habilidades sociais em seus repertórios comportamentais, porém, não estavam contingencialmente adaptadas para utilização dessas habilidades em interações com outras crianças. Nesse sentido, os procedimentos da intervenção objetivaram, principalmente, modelar as respostas comportamentais das crianças participantes para interações com pares. Os resultados apoiam a primeira proposição, uma vez que os dados das entrevistas realizadas com as mães e com as crianças indicaram melhora no padrão geral da competência social das duas crianças após a intervenção baseada no treinamento de habilidades sociais.

Esses achados corroboram estudos anteriores que destacaram a eficácia de intervenções focadas no treinamento de habilidades sociais (Barakat et al., 2003; Schulte, Vannatta, et al. 2014). Entretanto, diferentemente de algumas investigações que constataram aumento nas habilidades sociais (Poggi et al., 2009; Schulte, Bartels, et al. 2014), os resultados não revelaram aumento do número de habilidades apresentadas da avaliação pré intervenção para a avaliação pós-intervenção. Ainda assim, foram constatadas evidências que apoiam a efetividade do treinamento de habilidades sociais em benefício da competência social de sobreviventes de tumor cerebral na infância. Para a Análise do Comportamento uma resposta adequada pode existir no repertório comportamental do indivíduo, mas se mostrar ausente em contextos específicos (Bijou, 1995). Nesse sentido, as estratégias de reforçamento utilizadas na intervenção visaram, não a aquisição de novas habilidades, mas a modelagem dos comportamentos a fim de aumentar a probabilidade da exibição do comportamento socialmente habilidoso em interações com pares, o que consequentemente favoreceu a competência social das duas crianças.

Apesar de terem apresentado resultados semelhantes na avaliação das habilidades sociais no período pré-intervenção e de terem sido submetidas aos mesmos procedimentos de intervenção, as crianças dos dois casos demandaram treinamento específico para lidar com as sequelas do adoecimento. Alan e Betina apresentavam diferentes tipos de sequelas, mas

compartilhavam dificuldades a elas relacionadas de estabelecer interações com pares. As crianças temiam serem rejeitadas por conta das sequelas e realmente pareciam estar sendo negligenciadas, predominantemente por não terem as habilidades necessárias para, diante das reações dos pares às sequelas do adoecimento, lidarem com as próprias emoções e consequenciar adequadamente as respostas das outras crianças. Outros estudos sobre o tumor cerebral na infância destacaram que as crianças sobreviventes tendem a ser menos aceitas e reconhecidas como amigos pelos colegas, mas associaram esses prejuízos apenas a características sociodemográficas como o sexo e a idade no período do diagnóstico ou ao tipo de tratamento para o tumor (Schulte & Barrera, 2010; Vannatta et al., 2007). Nenhum estudo encontrado relacionou as dificuldades sociais às repercussões das sequelas do adoecimento. Denham et al. (2008) ressaltam que a competência emocional, que se refere às capacidades de expressar, compreender e regular as emoções, se relacionam à competência social porque, invariavelmente, as reações emocionais repercutem em consequências sociais. Desse modo, considerando que as duas crianças poderiam estar sendo rejeitadas devido a dificuldades na competência social, por meio do treinamento de habilidades sociais, Alan e Betina foram encorajados pela facilitadora a reconhecer suas limitações, a identificar suas próprias emoções e avaliar as consequências de seus comportamentos em interações com outras crianças.

Os dados também sugeriram que as dificuldades para lidar com as sequelas estavam sendo potencializadas pelo padrão de interação mãe-criança, visto que as duas mães também apresentavam dificuldades emocionais e repertório comportamental restrito para lidar com as limitações dos filhos. Nesse contexto de adoecimento crônico infantil, os estudos revelam que o estresse parental é uma característica emocional comum aos pais, preditora do ajustamento social, emocional e comportamental da criança (Colletti et al., 2008; Fedele, Mullins, Wolfe-Christensen & Carpentier, 2011; Hile et al., 2014). As mães de Alan e Betina tinham dificuldades de utilizar estratégias de reforçamento contingente para encorajar experiências sociais de seus filhos e disponibilizavam cuidado e proteção em excesso. O excesso de proteção parental prejudica o desenvolvimento da criança por restringir sua autonomia, necessária para o desenvolvimento da capacidade de regular as próprias emoções e comportamentos (Denham et al., 2008; Yeates, et al., 2007), e também por limitar as oportunidades de interação social, primordialmente essenciais para aquisição de respostas socialmente adequadas (Cavell, 1990; Grusec, 2011).

Estudos que investigam o desenvolvimento socioemocional de crianças com doenças crônicas destacam que o padrão de excesso nos cuidados e proteção tende a diminuir ao longo dos anos (Pinquart, 2013; Tillery et al., 2014), talvez porque ao lidar com o adoecimento os pais desenvolvam novas habilidades para interagir com o filho. Porém, as respostas emocionais e comportamentais das crianças são continuamente modeladas tanto pelas estratégias que os pais utilizam para controlar os comportamentos dos filhos quanto pelas respostas socioemocionais que eles exibem em interações familiares (Alvarenga et al., 2016; Bijou, 1995; Denham et al., 2008). Assim, é possível considerar alguns prejuízos decorrentes deste padrão de interação entre pais e filhos, ainda que os excessos não se mantenham estáveis. A inclusão das mães nos procedimentos de intervenção foi fundamental para alcançar os resultados obtidos devido a importância do padrão de interação mãe-criança para o desenvolvimento infantil. As mudanças de comportamento das duas mães foram essenciais na estimulação de seus filhos para praticar as habilidades desenvolvidas na intervenção.

A segunda proposição deste estudo presumia que, além das mudanças no padrão geral da competência social, seriam observadas mudanças nos três componentes deste construto: processamento da informação social; interação social; e ajustamento social. Essa proposição pôde ser apenas parcialmente confirmada pela limitação identificada na avaliação do último componente. O ajustamento social foi avaliado com base nas percepções do produto do funcionamento social relatados apenas pela mãe e pela criança em cada um dos casos. As crianças, Alan e Betina, fizeram avaliações bastante otimistas de seu ajustamento social, que podem ter resultado tanto de uma capacidade cognitiva crítica restrita (Schulte & Barrera, 2010; Schulte et al., 2010; Wolfe et al., 2013) quanto de uma real satisfação com os resultados alcançados. Por outro lado, embora positivas, as avaliações das mães dos casos 1 e 2 foram qualitativamente diferentes, especialmente devido às expectativas que cada uma delas tinham em relação às crianças. Ana parecia buscar padrões ideais de comportamento para o filho e considerou que, no geral, mudanças positivas podiam ser observadas no ajustamento social, mas foi sensível e cuidadosa ao julgar que os resultados das interações de Alan ainda precisavam melhorar em alguns aspectos. Já Bernadete, que também avaliou positivamente as mudanças no ajustamento social, parecia mais conformada com os padrões comportamentais apresentados pela filha por não perceber as dificuldades de Betina com tanta clareza. Bernadete fez ponderações que indicavam que ela não necessariamente responsabilizava sua

filha pelas consequências do próprio comportamento, mas que ressaltavam a insensibilidade de algumas crianças diante das fragilidades dela.

Yeates et al. (2007) argumentaram que a avaliação do ajustamento social com base na percepção de outras pessoas, além da criança, teria relevância particular para crianças com distúrbios cerebrais porque tais distúrbios poderiam afetar a capacidade de consciência das próprias dificuldades. No que se refere à avaliação de uma intervenção, como neste estudo, as percepções da mãe e da criança não pareceram suficientes por dois motivos. Primeiro porque, como a mãe nem sempre é capaz de observar a criança em todos contextos sociais importantes, como a escola, por exemplo, sua avaliação seria potencialmente relevante para o contexto familiar, mas não necessariamente teria a mesma relevância em outros ambientes sociais. Em segundo lugar, por considerar que a mãe e a criança foram ambas submetidas aos procedimentos de intervenção, existe a possibilidade de que seus relatos sobre as percepções do ajustamento social tenham sido mediados pelas expectativas da facilitadora, que foi também a responsável pelas avaliações pré e pós-intervenção.

Sobre os primeiros dois componentes da competência social, processamento da informação social e interação social, foram observadas melhoras nos dois casos analisados. Porém as mudanças ocorreram com particularidades para cada criança, principalmente porque apenas uma delas apresentou prejuízos cognitivos proeminentes. Alan, que não tinha experiências de interações com pares em seu cotidiano, apresentou mudanças explícitas na capacidade para identificar e interpretar estímulos e para resolver conflitos com pares. O aperfeiçoamento dessas capacidades foi favorecido principalmente porque seu acesso a grupos sociais foi amplamente expandido. A Psicologia do Desenvolvimento salienta que o contato social corresponde à forma mais eficiente de adquirir respostas socialmente aceitáveis (Denham et al., 2008; Grusec, 2011). Talvez devido a restrição extrema de interações sociais que Alan enfrentava, que era percebido claramente desde a avaliação pré-intervenção também pela mãe e pela própria criança, Alan e Ana se mostraram fortemente comprometidos com a intervenção e com todas as atividades que foram propostas ao longo do tratamento. Esse comprometimento influenciou notadamente os resultados alcançados, particularmente porque a díade se mostrou bastante disposta a aperfeiçoar as habilidades necessárias ao desenvolvimento social do menino.

Em comparação ao caso 1, as mudanças constatadas nos componentes processamento da informação social e interação social de Betina foram mais sutis, porém, ao menos dois

fatores podem ter dificultado o avanço nas mudanças desses componentes. Os déficits cognitivos corresponderam a um importante agravamento, principalmente porque as habilidades cognitivas são essenciais para o desenvolvimento da competência social (Yeates et al., 2007). O segundo fator agravante se refere ao reconhecimento dos prejuízos apresentados por Betina. Diferentemente de Alan, as principais dificuldades da menina estavam relacionadas às emoções. Para a Análise do Comportamento as emoções podem ser compreendidas como comportamentos com dimensões privadas, ou seja, um tipo de resposta que não pode ser observada diretamente por outros, mas apenas por quem a experimenta (Skinner, 1904/1990). Talvez por não serem facilmente observados pela comunidade social, os problemas emocionais são frequentemente negligenciados. O vínculo estabelecido com a díade do caso 2 também foi bastante consistente, mas, por não perceberem os prejuízos emocionais da criança com facilidade, mãe e filha não demonstraram motivação e envolvimento consistentes nas atividades relacionadas ao tratamento.

Os resultados referentes à essa segunda proposição realçam a importância de outras variáveis, além das habilidades cognitivas, para o desenvolvimento da competência social. Nos dois casos, as maiores mudanças observadas estiveram relacionadas ao segundo componente, interação social. Além de aumentarem a quantidade de interações estabelecidas no cotidiano, as duas crianças apresentaram maior frequência de comportamentos afiliativos. Essas tendências foram também constatadas no estudo quantitativo realizado por Schulte, Vannatta, et al. (2014).

A última proposição presumia que seriam observadas melhoras nos problemas comportamentais e emocionais das crianças sobreviventes de tumor cerebral. Essa expectativa foi confirmada e consolidada achados anteriores que também destacaram esse tipo de benefício em intervenções voltadas para a competência social de crianças tratadas para tumor cerebral (Barakat et al., 2003; Poggi et al., 2009; Schulte, Bartels, et al., 2014). As duas crianças apresentaram reduções em alguns dos escores clinicamente relevantes para problemas comportamentais e emocionais avaliados antes e após a intervenção. Porém, assim como foi destacado sobre as mudanças em cada um dos componentes da competência social, as mudanças observadas em Alan foram mais acentuadas do que aquelas observadas em Betina. Os detalhes sobre essas mudanças nos dois casos avaliados foram resumidos na Tabela 2.

Tabela 2.

Classificações e escores dos problemas emocionais e comportamentais das duas crianças avaliadas pré e pós-intervenção.

	Caso 1		Caso 2	
	Classificação (Escore)		Classificação (Escore)	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Problemas internalizantes	Clínico (65)	Limítrofe (60)	Problemas internalizantes	Clínico (70)
Problemas externalizantes	Limítrofe (63)	Limítrofe (61)	Problemas externalizantes	Não-clínico
Total de problemas de comportamento	Clínico (65)	Limítrofe (61)	Total de problemas de comportamento	Limítrofe (63)
Síndromes			Síndromes	
Ansiedade/Depressão	Limítrofe (67)	Não-clínico	Ansiedade/Depressão	Limítrofe (66)
Retraimento/Depressão	Não-clínico	Não-clínico	Retraimento/Depressão	Limítrofe (68)
Queixas Somáticas	Não-clínico	Não-clínico	Queixas Somáticas	Limítrofe (66)
Problemas Sociais	Limítrofe (67)	Limítrofe (65)	Problemas Sociais	Não-clínico
Problemas de Pensamento	Não-clínico	Não-clínico	Problemas de Pensamento	Limítrofe (66)
Problemas de Atenção	Não-clínico	Não-clínico	Problemas de Atenção	Não-clínico
Comportamento Delinquente	Não-clínico	Não-clínico	Comportamento Delinquente	Não-clínico
Comportamento Agressivo	Limítrofe (67)	Não-clínico	Comportamento Agressivo	Não-clínico
Subescalas de problemas baseados no DSM IV			Subescalas de problemas baseados no DSM IV	
Afetivos	Não-clínico	Não-clínico	Afetivos	Clínico (75)
Ansiedade	Clínico (70)	Não-clínico	Ansiedade	Clínico (70)
Somáticos	Não-clínico	Não-clínico	Somáticos	Não-clínico
Déficit de Atenção e Hiperatividade	Não-clínico	Não-clínico	Déficit de Atenção e Hiperatividade	Não-clínico
Desafiador Opositivo	Não-clínico	Limítrofe (65)	Desafiador Opositivo	Não-clínico
Conduta	Não-clínico	Não-clínico	Conduta	Não-clínico

As mudanças mais relevantes constatadas no caso 1 foram as seguintes: nos problemas internalizantes e total de problemas de comportamento, que passaram da classificação clínica para classificação limítrofe; nas síndromes ansiedade/depressão e comportamento agressivo, que da classificação limítrofe melhoraram para uma classificação não-clínica; e nos problemas de ansiedade, escala baseada no DSM-IV, que melhorou de uma classificação clínica para classificação não-clínica. Os escores de problemas externalizantes e da síndrome problemas sociais apresentaram apenas uma pequena redução, se mantendo na categoria limítrofe. Já no caso 2, as mudanças mais expressivas foram observadas apenas nas síndromes retraimento/depressão e problemas de pensamento, que mudaram da classificação limítrofe para a classificação não-clínica. Os escores de problemas internalizantes, do total de problemas, da síndrome queixas somáticas e da escala problemas afetivos não apresentaram redução expressiva e as classificações limítrofes ou clínicas se mantiveram.

Esses achados foram bastante compatíveis com os resultados das entrevistas. Crianças que têm amplas oportunidades para interagir com pares têm mais acesso a reforçadores sociais que garantem a modelagem de comportamentos socialmente aceitáveis (Bijou, 1995; Grusec, 2011). Por outro lado, o contato social parece estar negativamente relacionado à problemas como retraimento, ansiedade, depressão, agressividade, bem como aos problemas internalizantes e externalizantes que envolvem muitas dessas síndromes, (Denham, et al., 2008; Lins & Alvarenga, 2015), visto que, quando em contato com grupos assertivos, esses comportamentos desajustados tendem a ser inibidos por não serem reforçados. Essas melhoras nas características emocionais e comportamentais das crianças dos casos 1 e 2 podem, inclusive, ter facilitado a aceitação por pares, especialmente por favorecerem a autorregulação socioemocional. Ademais, as mudanças nos padrões de interação mãe-criança também podem ter contribuído para a melhoras desses escores, porque a forma como as mães interagem com seus filhos têm implicações diretas no modo como as crianças reagirão nos diversos contextos sociais (Alvarenga et al., 2016; Alvarenga, 2006; Lins & Alvarenga, 2015).

Além desses benefícios, outros dados, inicialmente inusitados para os casos, também podem ser observados na Tabela 2. Os resultados da avaliação pós-intervenção do caso 1 revelaram um escore limítrofe para uma escala baseada no DSM-IV, transtorno desafiador opositivo, que não obteve classificação clinicamente relevante na primeira avaliação. Ao observar os itens que compõem essa subescala e comparar os relatos obtidos nas entrevistas ficou claro que a mãe se referia aos comportamentos de insistência para buscar ou manter uma interação social com outras crianças como comportamentos perturbadores ou indesejáveis. Desse modo, esse achado foi avaliado como um resultado positivo da intervenção, uma vez

que ao invés de se conformar com os receios ou com o excesso de cuidados da mãe e permanecer brincado solitariamente com bichinhos de pelúcia, Alan insistia em defender sua vontade de brincar com outras crianças.

Para Betina um resultado não esperado foi referente à síndrome ansiedade/depressão, que aumentou de uma classificação limítrofe para clínica. Também ao relacionar esse resultado às entrevistas foi possível considerar que o escore nessa síndrome tenha aumentado, não devido ao aumento de problemas, mas devido à maior capacidade crítica que a mãe apresentava após a intervenção. Mesmo ainda apresentando dificuldades para perceber os problemas que acometiam sua filha, Bernadete demonstrava maior capacidade de perceber como problemas diversos comportamentos que anteriormente eram considerados esperados ou típicos de qualquer criança. O escore de problemas de ansiedade também apresentou um aumento, mas diferente da síndrome, o aumento nessa subescala foi pequeno. Essa variação foi avaliada como comum porque esteve associada a apenas um dos itens do instrumento.

Os dados sobre essa última proposição reforçam a importância de intervenções com essa população também por serem efetivas na resolução de problemas emocionais e comportamentais. Intervenções com esse caráter durante a infância podem prevenir que esses problemas se agravem em outras fases do desenvolvimento. Por fim, os achados salientam que incluir as mães nos procedimentos de intervenção potencializa os benefícios alcançados nas mudanças comportamentais e emocionais das crianças.

Considerações Finais

Este estudo pioneiro no Brasil investigou os efeitos de uma intervenção psicológica sobre a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral. As expectativas previstas para o presente estudo foram alcançadas e foi também constatada a influência das sequelas do adoecimento para essa população, dado que não foi previamente encontrado na literatura. Os achados sugerem que os prejuízos decorrentes das sequelas do adoecimento representam um importante precursor de déficits na competência social de crianças tratadas para um tumor cerebral. Destaca-se a importância de que futuras pesquisas investiguem mais profundamente a relação entre as sequelas do adoecimento e os prejuízos na competência social. Outro dado inovador neste campo de estudo sobre a competência social de crianças que tiveram tumor cerebral se refere à inclusão da mãe nos procedimentos de intervenção. Os achados corroboram a literatura que ressalta os impactos do tipo de interação entre pais e filhos no desenvolvimento socioemocional da criança. Desse modo, salienta-se também que as intervenções voltadas para essa população incluam as mães ou o principal cuidador.

Algumas limitações foram constatadas nos procedimentos de pesquisa adotados para essa investigação. A avaliação do componente ajustamento social pode ter sido comprometida porque foram analisadas apenas as percepções da mãe e da criança. Como as avaliações pré e pós-intervenção foram realizadas pela facilitadora da intervenção, é possível que os participantes tenham fornecido autorrelatos tendenciosos, com intuito de não frustrar as expectativas da pesquisadora. Para controlar esse tipo de influência, recomenda-se que, além das percepções da mãe e da criança, sejam analisados os julgamentos de outras pessoas que não foram submetidas à intervenção, como os pares ou professores. Uma segunda limitação se refere ao instrumento utilizado para avaliar as habilidades sociais das crianças. Possivelmente por ser um instrumento com poucos itens, que são descritos de forma ampla e não minuciosa, talvez ele não seja sensível o suficiente para avaliar o padrão de mudanças nas habilidades sociais de crianças sobreviventes de tumor cerebral.

Em resumo, embora com algumas limitações, este estudo destacou resultados que corroboram achados prévios da literatura internacional e resultados inovadores que agregam novas informações. Especialmente para literatura nacional, na qual não foi encontrada nenhum tipo de investigação da área de Psicologia voltada para essa população, esses achados iniciais enriquecem as evidências sobre a importância de intervir sobre a qualidade de vida de crianças tratadas para um tumor cerebral, especialmente no que se refere aos prejuízos

decorrentes do adoecimento e tratamento. A intervenção psicológica voltada para a competência social de crianças tratadas para um tumor cerebral não apenas favorece o desenvolvimento socioemocional, como também se mostra essencial para essa população cujo desenvolvimento é marcado por efeitos adversos.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alvarenga, P. (2006). Desenvolvimento socioemocional nos primeiros anos de vida e as contingências em operação na interação mãe-criança. In: H. Guilhardi & N. C. Aguirre. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (V. 18, 1ªEd. pp. 315-324). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Frizzo, G. B., Marin, A. H., & Villachan-Lyra, P. (2012). Questões éticas da pesquisa em psicologia do desenvolvimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 856–871.
- Alvarenga, P., Weber, L. D., Bolsoni-Silva, A. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: Uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Armstrong, G. T. (2010). Long-term survivors of childhood central nervous system malignancies: The experience of the childhood cancer survivor study. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPN: Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, 14(4), 298–303. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.12.006
- Armstrong, G. T., Oeffinger, K. C., Chen, Y., Kawashima, T., Yasui, Y., Leisenring, W., ... Meacham, L. R. (2013). Modifiable risk factors and major cardiac events among adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(29), 3673–80. doi:10.1200/JCO.2013.49.3205
- Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das Escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental 1. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(2), 271–282.
- Barakat, L. P., Hetzke, J. D., Foley, B., Carey, M. E., Gyato, K., & Phillips, P. C. (2003). Evaluation of a social-skills training group intervention with children treated for brain tumors: a pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 299–307. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12808006>
- Barrera, M., Fleming, C., & Al-khalili, A. (2004). *Manual for a Group Social Skills Intervention Program for Survivors of Pediatric Brain Tumours*. Toronto: ON: Hospital for Sick Children.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

- Bijou, S. W. (1995). *Behavior analysis of child development* (2° ed., pp. 1 – 160). Reno: Context Press. ISBN: 9781608826605
- Boman, K. K., Hörnquist, L., De Graaff, L., Rickardsson, J., Lantering, B., & Gustafsson, G. (2013). Disability, body image and sports/physical activity in adult survivors of childhood CNS tumors: population-based outcomes from a cohort study. *Journal of Neuro-Oncology*, *112*(1), 99–106. doi:10.1007/s11060-012-1039-5
- Boman, K. K., Hovén, E., Anclair, M., Lantering, B., & Gustafsson, G. (2009). Health and persistent functional late effects in adult survivors of childhood CNS tumours: A population-based cohort study. *European Journal of Cancer*, *45*(5), 2552–2561. doi: 10.1016/j.ejca.2009.06.008
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (2011). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ABC_do_cancer_2ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. (2008). Câncer na criança e no adolescente no Brasil: Dados dos registros de base populacional e de mortalidade [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. (2009). Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diagnostico_precoce.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância (2014a). Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação Geral de Sistemas de Informação. (2014b). Manual de Bases Técnicas da Oncologia - Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. 17° edição [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_base_tecnicas_oncologia_13ed.pdf
- Breakwell, G. M. (2010). Métodos de Entrevista. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. Smith (Eds.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3rd ed., p. 504). Porto Alegre: Artmed.
- Brophy-Herb, H. E., Lee, R. E., Nievar, M. A., & Stollak, G. (2007). Preschoolers' social competence: Relations to family characteristics, teacher behaviors and classroom climate. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*(2), 134–148. doi: 10.1016/j.appdev.2006.12.004
- Cavell, T. A. (1990). Social adjustment, social performance, and social skills: A tri-component model of social competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(2),

111– 122. Retrieved from

http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp1902_2#.VWO4VPIViko

- Colletti, C. J. M., Wolfe-christensen, C., Carpentier, M. Y., Page, M. C., Meyer, W. H., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2008). The relationship of parental overprotection, perceived vulnerability, and parenting stress to behavioral, emotional, and social adjustment in children with cancer. *Pediatric Blood Cancer*, *51*(2008), 269–274. <http://doi.org/10.1002/pbc>
- Crick, N. R., & Dodge, K. a. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*(1), 74–101. doi:10.1037//0033-2909.115.1.74
- Dalton, V. K., Rue, M., Silverman, L. B., Gelber, R. D., Asselin, B. L., Barr, R. D., ... Cohen, L. E. (2003). Height and weight in children treated for acute lymphoblastic leukemia: Relationship to CNS treatment. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(15), 2953–2960. doi:10.1200/JCO.2003.03.068
- DeAngelis, L. M., & Wen, P. Y. (2013). Tumores primários e metastáticos do sistema nervoso. Em D. L. Longo, D. L. Kasper, J. L. Jameson, A. S. Fauci, S. L. Hauser, & J. Loscalzo, *Medicina interna de Harrison* (A. V. Fonseca, A. G. Islabão, C. H. Cosendey, D. C. Rodrigues, I. R. Vanzellotti, J. E. Figueiredo, . . . P. H. Machado, Trads., 18° ed., Vol. 1, pp. 3382-3394). Porto Alegre: Artmed.
- Denham, S. A.; Bassett, H. H. & Wyatt, T. (2008). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 614–637). Nova Iorque: Guilford.
- Dirks, M. A., Treat, T. A., & Weersing, V. R. (2007). Integrating theoretical, measurement, and intervention models of youth social competence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 327–347. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.002
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In *Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 18, pp. 77-125).
- Dodge, K. A. (1985). Facets of social interaction and the assessment of social competence in children. In *Children's peer relations: Issues in assessment and intervention* (pp. 3-22). Springer US.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., McClaskey, C. L., Brown, M. M., & Gottman, J. M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the society for research in child development*, i-85.
- Duffner, P. K. (2010). Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *European Journal of Paediatric Neurology: EJPN: Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*, *14*(2), 106–115. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.10.005

- Fedele, D., Mullins, L. L., Wolfe-Christensen, C., & Carpentier, M. Y. (2011). Longitudinal assessment of maternal parenting capacity variables and child adjustment outcomes in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Hematology/oncology*, 33(3), 199–202. <http://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182025221>
- Frosch, M. P., Anthony, D. C., & Girolami, U. (2010). O sistema nervoso central. Em V. Kumar, A. k. Abbas, N. Fausto, & J. C. Aster, *Robbins & Cotran, Patologia: Bases Patológicas da Doenças* (F. Kok, Trad., 8º ed., pp. 1338-1352). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2015). Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3-10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Cinical Child and Adolescent Psychology*, 0(0), 1–14. <http://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>
- Gresham, F. M. (2005). Response to intervention: An alternative Means of identifying students as emotionally disturbed. *Education and Treatment of Children*, 28(4), 328–344.
- Grusec, J. E. (2011). Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 62, 243–69. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131650
- Hargreave, M., Jensen, A., Toender, A., Andersen, K. K., & Kjaer, S. K. (2013). Fertility treatment and childhood cancer risk: Asystematic meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 100(1), 150–61. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.03.017
- Hartas, D. (2011). The ecology of young children’s behaviour and social competence: Child characteristics, socio-economic factors and parenting. *Oxford Review of Education*, 37(6), 763–783. doi:10.1080/03054985.2011.636226
- Henderson, T. O., Rajaraman, P., Stovall, M., Constine, L. S., Olive, A., Smith, S. a, ... Diller, L. (2012). Risk factors associated with secondary sarcomas in childhood cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 84(1), 224–30. doi: 10.1016/j.ijrobp.2011.11.022
- Hile, S., Erickson, S. J., Agee, B., & Annett, R. D. (2014). Parental stress predicts functional outcome in pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1157–1164. Retrieved from [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1099-1611](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1099-1611) \n<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014831381>
- Kurtz, B. P., & Abrams, A. N. (2011). Psychiatric aspects of pediatric cancer. *Pediatric Clinics of North America*, 58(4), 1003–1023. doi: 10.1016/j.pcl.2011.06.009
- Lins, T., & Alvarenga, P. (2015). Controle Psicológico Materno e Problemas Internalizantes em Pré-Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 311–319. <http://doi.org/dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032092311319>

- Longo, D. L. (2013). Abordagem ao paciente com câncer. Em D. L. Longo, D. L. Kasper, J. L. Jameson, A. S. Fauci, S. L. Hauser, & J. Loscalzo, *Medicina interna de Harrison* (A. V. Fonseca, A. G. Islabão, C. H. Cosendey, D. C. Rodrigues, I. R. Vanzellotti, J. E. Figueiredo, . . . P. H. Machado, Trads., 18° ed., Vol. 1, pp. 646-654). Porto Alegre: Artmed
- Louis, D. N., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Cavenee, W. K., Burger, P. C., Jouvett, A., . . . Kleihues, P. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol*, *114*(2), 97–109. doi:10.1007/s00401-007-0243-4
- Mabbott, D. J., Penkman, L., Witol, A., Strother, D., & Bouffet, E. (2008). Core neurocognitive functions in children treated for posterior fossa tumors. *Neuropsychology*, *22*(2), 159–68. doi:10.1037/0894-4105.22.2.159
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral assessment*, *4*, 1-33.
- Maldaum, M. V. C, Aguiar, P. H. & Zambelli, H. J. L. (2010). Epidemiologia dos tumores do sistema nervoso central. Em F. C. Malluf, A. Katz, & S. Corrêa, *Câncer do sistema nervoso central: Tratamento Multidisciplinar* (3° ed., pp. 03-13). São Paulo: Dentrix. ISBN: 978-85-99453-28-5
- Martinez, W., Carter, J. S., & Legato, L. J. (2011). Social competence in children with chronic illness: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *36*(8), 878–90. doi:10.1093/jpepsy/jsr035
- Massimino, M., Giangaspero, F., Garrè, M. L., Gandola, L., Poggi, G., Biassoni, V., . . . Rutkowski, S. (2011). Childhood medulloblastoma. *Critical Reviews in Oncology/hematology*, *79*(1), 65–83. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.07.010
- Mertens, A. C., Yasui, Y., Liu, Y., Stovall, M., Hutchinson, R., Ginsberg, J., . . . Robison, L. L. (2002). Pulmonary complications in survivors of childhood and adolescent cancer. A report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Cancer*, *95*(11), 2431–41. doi:10.1002/cncr.10978
- Möller, E. L., Nikolic, M., Majdandzic, M., & Bögels, S. M. (2016). Associations between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *45*, 17–33. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.002>
- Mulhern, R. K., Merchant, T. E., Gajjar, A., Reddick, W. E., & Kun, L. E. (2004). Late neurocognitive sequelae in survivors of brain tumours in childhood. *The Lancet*, *5*(July), 399–408. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204504015074>
- Palmer, S. L. (2008). Neurodevelopmental impact on children treated for medulloblastoma: A review and proposed conceptual model. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *14*(3), 203–10. doi:10.1002/ddrr.32

- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D., & Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: The Mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399–409. <http://doi.org/10.1007/s10826-013-9767-5>
- Pinquart, M. (2013). Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 708–21. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jst020>
- Poggi, G., Liscio, M., Pastore, V., Adduci, A., Galbiati, S., Spreafico, F., ... Massimino, M. (2009). Psychological intervention in young brain tumor survivors: The efficacy of the cognitive behavioral approach. *Disability & Rehabilitation*, 31(13), 1066–1073. doi:10.1080/09638280802509546
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, 6(1), 111–135. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/bpl/sode/1997/00000006/00000001/art00007>
- Rosemberg, S. (2010). Patologia, genética, biologia molecular e fatores prognósticos dos gliomas do sistema nervoso central. Em F. C. Malluf, A. Katz, & S. Corrêa, *Câncer do sistema nervoso central: Tratamento Multidisciplinar* (3º ed., pp. 14-33). São Paulo: Dentrix. ISBN: 978-85-99453-28-5
- Sausville, E. A., & Longo, D. L. (2013). Princípios do tratamento do câncer. Em D. L. Longo, D. L. Kasper, J. L. Jameson, A. S. Fauci, S. L. Hauser, & J. Loscalzo, *Medicina interna de Harrison* (A. V. Fonseca, A. G. Islabão, C. H. Cosendey, D. C. Rodrigues, I. R. Vanzellotti, J. E. Figueiredo, . . . P. H. Machado, Trans., 18º ed., Vol. 1, pp. 689-711). Porto Alegre: Artmed.
- Schlinger, H. D. (1995). *A behavior analytic view of child development*. (A. S. Bellack & M. Hersen, Eds.) (Vol. 1). New York: Springer Science & Business Media. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Scholten, L., Willems, A. M., Last, B. F., Maurice-Stam, H., van Dijk, E. M., Ensink, E., ... Grootenhuis, M. a. (2013). Efficacy of psychosocial group intervention for children with chronic illness and their parents. *Pediatrics*, 131(4), e1196–203. doi:10.1542/peds.2012-2222
- Schulte, F., & Barrera, M. (2010). Social competence in childhood brain tumor survivors: A comprehensive review. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(12), 1499–513. doi:10.1007/s00520-010-0963-1
- Schulte, F., Bartels, U., & Barrera, M. (2014). A pilot study evaluating the efficacy of a group social skills program for survivors of childhood central nervous system tumors using a comparison group and teacher reports. *Psycho-Oncology*, 23(5), 597–600. doi:10.1002/pon.3472

- Schulte, F., Bartels, U., Bouffet, E., Janzen, L., Psych, C., Hamilton, J., & Barrera, M. (2010). Body weight, social competence, and cognitive functioning in survivors of childhood brain tumors. *Pediatric Blood Cancer*, *55*, 532–539. doi:10.1002/pbc
- Schulte, F., Vannatta, K., & Barrera, M. (2014). Social problem solving and social performance after a group social skills intervention for childhood brain tumor survivors. *Psycho-Oncology*, *23*(2), 183–9. doi:10.1002/pon.3387
- Schultz, K. A. P., Ness, K. K., Whitton, J., Recklitis, C., Zebrack, B., Robison, L. L., ... Mertens, A. C. (2007). Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *25*(24), 3649–56. doi:10.1200/JCO.2006.09.2486
- Silva, N. S., Cappellano, A. M., & Corrêa, S. (2010). Tratamento dos tumores pediátricos. Em F. C. Malluf, A. Katz, & S. Corrêa, *Câncer do sistema nervoso central: Tratamento Multidisciplinar* (3º ed., pp. 211-226). São Paulo: Dentrix. ISBN: 978-85-99453-28-5
- Skinner, B. F. (1904/1990). *Sobre o behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad., 10º ed., pp. 1 – 212). São Paulo: Cultrix. ISBN: 978-85-316-0360-0.
- Skinner, B. F. (1953/1989). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Torodov & R. Azzi, Trad., 7º ed., pp. 1 – 420). São Paulo: Martins Fontes.
- Stricker, T., & Kumar, V. (2010). Neoplasia. Em V. Kumar, A. k. Abbas, N. Fausto, & J. C. Aster, *Robbins & Cotran, Patologia: Bases Patológicas das Doenças* (D. R. Barroso, Trad., 8º ed., pp. 259-330). Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-1-4160-3121-5.
- Taborsky, B., & Oliveira, R. F. (2012). Social competence: An evolutionary approach. *Trends in Ecology & Evolution*, *27*(12), 679–88. doi: 10.1016/j.tree.2012.09.003
- Tillery, R., Long, A., & Phipps, S. (2014). Child perceptions of parental care and overprotection in children with cancer and healthy children. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *21*(2), 165–172. <http://doi.org/10.1007/s10880-014-9392-5>
- Tromp, K., Claessens, J. J. M., Knijnenburg, S. L., van der Pal, H. J. H., van Leeuwen, F. E., Caron, H. N., ... Kremer, L. C. M. (2011). Reproductive status in adult male long-term survivors of childhood cancer. *Human Reproduction (Oxford, England)*, *26*(7), 1775–83. doi:10.1093/humrep/der113
- Vannatta, K., Gerhardt, C. A., Wells, R. J., & Noll, R. B. (2007). Intensity of CNS Treatment for Pediatric Cancer: Prediction of social outcomes in survivors. *Pediatric Blood Cancer*, *49*, 716–722. doi:10.1002/pbc
- Wolfe, K. R., Walsh, K. S., Reynolds, N. C., Mitchell, F., Reddy, A. T., Paltin, I., & Madanswain, A. (2013). Executive functions and social skills in survivors of pediatric brain tumor. *Child Neuropsychol*, *19*(4), 370–384. doi:10.1080/09297049.2012.669470.

- Yeates, K. O., Bigler, E. D., Dennis, M., Gerhardt, C. a, Rubin, K. H., Stancin, T., ... Vannatta, K. (2007). Social outcomes in childhood brain disorder: A heuristic integration of social neuroscience and developmental psychology. *Psychological Bulletin*, 133(3), 535–556. doi: 10.1037/0033-2909.133.3.535
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (D. Grassi, Trad., 2° ed., pp. 1-205). Porto Alegre: Bookman. ISBN: 85-7307-852-9
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (A. Thorell, Trad., 4° ed., pp. 1-248). Porto Alegre: Bookman. ISBN: 978-85-7780-655-3
- Zarra-Nezhad, M., Kiuru, N., Aunola, K., Zarra-Nezhad, M., Ahonen, T., Poikkeus, A. M., ... Nurmi, J. E. (2014). Social withdrawal in children moderates the association between parenting styles and the children's own socioemotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55(11), 1260–1269. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12251>



ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a senhora para participar da pesquisa *“A eficácia de uma intervenção para favorecer a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral”*, sob a responsabilidade da pesquisadora Catielle Paixão, que está avaliando uma intervenção para melhorar as relações sociais de crianças com tumores cerebrais. Sua participação neste estudo é voluntária. Será oferecida uma intervenção psicológica, na sua residência, para você e seu filho, que tem como objetivo favorecer a capacidade de ele interagir com outras crianças, em ambientes sociais como escola, por exemplo. Esta intervenção terá duração de oito a 10 semanas, sempre em sua residência. Além disso, três semanas antes e depois da intervenção, você e seu filho responderão a algumas entrevistas, que serão gravadas em áudio, sobre o padrão das relações sociais estabelecidas pelo seu filho. Também será realizada uma observação do seu filho no recreio da escola onde ele estuda, em algum dia previamente acordado, antes e depois da intervenção. Sua participação nessa pesquisa gerará conhecimento que poderá contribuir para um melhor entendimento do desenvolvimento socioemocional das crianças, bem como de condições que poderão embasar futuras propostas de atividades preventivas e tratamentos mais eficazes que visem prevenir ou aliviar os problemas de comportamento sociais em crianças.

Por outro lado, esclarecemos sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da sua participação no estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e que os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, os riscos envolvidos com esse procedimento são mínimos visto que poderão ocorrer eventualmente, como em outras situações da vida cotidiana, caso alguma das mães entrevistadas sintam algum desconforto psicológico, como tristeza ou angústia, ou ainda se sintam emocionalmente sensibilizadas ao tratar de algum tema ou caso alguma pergunta da entrevista suscite lembranças negativas.

Caso isso ocorra, a senhora poderá interromper a entrevista, bem como poderá ser encaminhada para acompanhamento psicológico, sem ônus, em serviços gratuitos de clínica-

escola de psicologia, da UFBA ou das faculdades Rui Barbosa e Bahiana, da cidade de Salvador-Ba, com vistas a limitar ou remediar os possíveis danos causados.

Se depois de consentir sua participação a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A senhora não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração pela sua participação.

Os dados da pesquisa serão armazenados durante o período de cinco anos, analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 3283-6480, ou (71) 9182-6961, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (Endereço: Rua Augusto Viana, s/n – Canela – Salvador/Ba, CEP: 40.110-060 ou Telefone: (71) 3283-8043).

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, mãe de _____ fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada uma de nós.

Salvador/Ba, ____/____/ 2015.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora



ANEXO B

Termo de Assentimento

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*A eficácia de uma intervenção para favorecer a competência social de crianças sobreviventes de tumor cerebral.*” Neste estudo pretendemos verificar se um conjunto de atividades pode ajudar as crianças que, como você, foram tratadas para um tumor cerebral, a melhorar relações com amigos, colegas e professores. Para este estudo será oferecida uma intervenção psicológica, que é um conjunto de atividades lúdicas (como construir cartazes, desenhar, assistir vídeos ou encenar situações cotidianas) que faremos na sua casa, com você e sua mãe, que tem como objetivo melhorar a sua capacidade de se relacionar com outras crianças, em lugares como a escola, por exemplo. Esta intervenção terá duração de oito a dez semanas, sempre em sua casa. Em cada semana nós teremos uma sessão na qual discutiremos um tema diferente e treinaremos algumas dicas de comportamentos que você poderá usar para interagir com outras crianças e, por fim, no final de cada sessão, você e sua mãe receberão um bloquinho de notas para relatar os eventos relacionados ao tema discutido naquela sessão que porventura você tenha vivenciado durante a semana. Além disso, três semanas antes e depois da intervenção, você e sua mãe responderão à algumas entrevistas sobre como estão suas amizades, sua relação com os colegas de escola e com os professores. Essas entrevistas serão gravadas com um gravador de voz. Também faremos uma visita a sua escola para observar como é a sua rotina e como é o seu recreio. O dia da visita será combinado com a escola e com você. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento, mostrando que concorda com a sua participação. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e é livre para participar ou não participar. A decisão é sua. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) no hospital. Além disso, tudo que for conversado nas atividades que forem realizadas com você ficarão em sigilo, ou seja, somente você, sua mãe e a psicóloga responsável pela pesquisa saberão dessas conversas. Você também não será identificado em nenhum trabalho que será apresentado sobre esta pesquisa. Este estudo apresenta risco mínimo para você, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de

consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) menor

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CATIELE PAIXÃO

ENDEREÇO: RUA BARÃO DE JEREMOABO, S/N, ONDINA

SALVADOR (BA) - CEP: 40.170-115

SETOR: SUPERINTENDÊNCIA DE AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL (SUPAD)

FONE: (71) 3283-6480 / (71) 9182-6961 / E-MAIL: CPAIXAO.PSI@GMAIL.COM

CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA

SALVADOR (BA) - CEP: 4011060

FONE: (71) 3283-8043 / E-MAIL: cep.hupes@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



ANEXO C

Ficha de Dados Sociodemográficos

Sexo: () Masculino () Feminino Idade:

Seu filho (a) estuda: () Sim () Não

Em escola () Pública ou () Privada Qual a Série/Ano escolar:

Seu filho (a) exerce alguma atividade fora de casa, além da escola. Qual?

Idade da Mãe:.....

Estado civil:

Você vive com o pai da criança?

Até que série você completou na escola?

Você trabalha? () sim () não. Caso sim, o que faz?

.....

Você tem algum problema de saúde? () sim () não. Se sim, qual?

.....

Você faz uso de alguma medicação? () sim () não. Se sim, qual?

.....

Já foi atendida alguma vez por um psiquiatra? () sim () não. Se sim, quando e por quê?

.....

Este é seu primeiro filho? () sim () não

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre outros filhos

Nome	Idade	Sexo

Idade do Pai:

Até que série ele completou na escola?

Ele trabalha? () sim () não. Caso sim, o que ele faz?

.....

Este é o primeiro filho dele? () sim () não

Ele tem algum problema de saúde? () sim () não. Se sim, qual?

.....

Faz uso de alguma medicação? () sim () não. Se sim, qual?

.....

Já foi atendido alguma vez por um psiquiatra? () sim () não. Se sim, quando e por quê?

.....

Como você descreve seu relacionamento com o pai da criança?

.....

.....

Quem é o principal cuidador da criança (grau de proximidade. Ex.: pai, mãe, avó)?

.....

Quantas pessoas vivem na mesma casa que seu filho?

Parentesco com a criança	Idade	Sexo

Qual é sua renda familiar?

.....

Endereço:

.....

Telefones:

Alternativa de contato (nome e telefone):

.....

.....

Data e local da entrevista:

.....



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



ANEXO D

Ficha de Informações Clínicas da Criança

Diagnóstico: Localização:

Idade da criança no diagnóstico: Data do diagnóstico:

Data em que finalizou o tratamento:

Tipo de tratamento realizado:

- Cirurgia
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cirurgia e Quimioterapia
- Cirurgia e Radioterapia
- Radioterapia e Quimioterapia
- Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia

Tempo de tratamento:

Quem acompanhou seu filho durante o tratamento (grau de proximidade. Ex.: pai, mãe, avó)?

.....

Essa pessoa revezou com mais alguém?

Se foi você, quanto tempo você costumava acompanhar seu filho?

.....

Seu filho obteve acompanhamento psicológico durante a hospitalização? () Sim () Não

Seu filho obteve acompanhamento psicológico durante todo tratamento? () Sim () Não



ANEXO E

Entrevista Semiestruturada da Percepção da Mãe sobre o Ajustamento Social da Criança

Agora vamos conversar um pouco sobre como foi o convívio do seu filho com outras crianças nesta última semana.

1. Como o (nome da criança) passou esta semana?
2. Ele esteve com outras crianças durante esta semana?

Se a resposta for não:

3. Por que isso não aconteceu? (Explorar as razões pelas quais a criança não teve contatos sociais na última semana).
4. O (nome da criança) mostrou que tinha vontade de estar com outras crianças nesta última semana?
5. Como você reagiu a isso? (Explorar ações e sentimentos da mãe neste contexto)
6. O que você acha/pensa disso? (Explorar crenças e atitudes da mãe em relação à necessidade do filho de ter contato com outras crianças).
7. O que você acha da capacidade de seu filho de se relacionar com outras crianças? E com outras pessoas em geral (explorar as crenças da mãe sobre o resultado desempenho social do filho)?

Se a resposta for sim:

3. Me conte uma situação que tenha acontecido na última semana em que o (nome da criança) tenha estado com outras crianças (obter a descrição detalhada da situação).
4. Você acompanhou ou observou o (nome da criança) durante essa situação? Me conte como ele se comportou nessa situação.
5. E como as outras crianças se comportaram em relação a ele?
6. Ao final desse contato com as crianças, como seu filho parecia estar se sentindo?

7. (Caso não o tenha observado). Seu filho lhe falou alguma coisa sobre essa situação? (Explorar com as mesmas questões cada uma das situações envolvendo interação com outras crianças, vividas pelo participante na última semana).
8. O que você acha da capacidade de seu filho de se relacionar com outras crianças? E com outras pessoas em geral (explorar as crenças da mãe sobre o resultado desempenho social do filho)?



ANEXO F

Entrevista Semiestruturada sobre a Auto Percepção do Ajustamento Social

Eu queria conversar um pouco com você sobre como foi essa última semana na escola. Também queria que você me contasse se encontrou amigos fora da escola nessa última semana.

Ajustamento social na escola

Vamos começar falando sobre essa semana na escola.

1. Como foram as coisas nessa última semana na escola? Aconteceu alguma coisa legal, que você gostou? Aconteceu alguma coisa ruim, que chateou você? Me conte como foi.
2. E com seus colegas da escola? Como foram as coisas? Aconteceu alguma coisa legal, que você gostou? Aconteceu alguma coisa ruim, que chateou você? Me conte como foi.
3. Me conte as coisas que você fez na hora do recreio nessa última semana.

Ajustamento social com pares fora da escola

Agora quero que você me conte o que fez fora da escola.

1. Você se encontrou com algum amigo fora da escola nessa última semana? Me conte o que vocês fizeram.
2. Foi legal esse dia? O que você gostou e o que você não gostou?
 (Explorar todas as situações de encontro com amigos fora da escola na última semana relatadas pela criança).

Amizades íntimas

1. Tem algum amigo, da escola ou fora da escola, que você considera o seu melhor amigo?
2. Me conte como é esse seu amigo. O que você gosta e o que você não gosta nele?
3. Você tem facilidade de fazer amizades (explorar como a criança se percebe quanto ao ajustamento social)?

ANEXO G

Descrição das Sessões de Intervenção Depois de Adaptadas

Sessão 1

Tema: Interação social e novas amizades

Objetivo: Desenvolver habilidades para iniciar uma conversa social e manter uma interação verbal com outras pessoas.

Plano da Sessão

- 1) Informações gerais e regras do programa de intervenção
 - a) Estabelecer expectativas
 - b) Definir contrato da intervenção
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Interação social e novas amizades”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade social
 - d) *Role-play* da habilidade social
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Informações gerais e regras do programa de intervenção

- a) Definir o contrato da intervenção:

Tanto mãe quanto criança serão encorajados a criar e discutir algumas regras para este programa de intervenção. Como exemplo, serão sugeridas as seguintes regras: compromisso com os horários agendados para cada intervenção; realização das atividades extra intervenção; e a confidencialidade (será explicado o que é confidencial e esclarecido que os conteúdos discutidos durante a intervenção serão encarados como confidências terapêuticas).

“Confidencial significa secreto, assim, tudo o que você me falar, bem como aqueles assuntos que você quiser discutir comigo, não será revelado para ninguém. Assim, se você quiser falar sobre alguma coisa que sua mãe (ou seu

filho, ou outra pessoa) não pode saber, quero que esteja certo de que não falarei nada sobre o que me foi revelado nas intervenções.”

2) Aproximação ao tema

Nome: Jogo da memória de apresentação

Descrição: Participarão dessa atividade a criança, a mãe e a responsável por conduzir a intervenção. Inicialmente, cada um deverá se apresentar falando seu nome e uma cor preferida. Depois que a primeira pessoa se apresentar, a segunda pessoa deverá lembrar o nome e a cor de quem já falou anteriormente. A terceira pessoa, por sua vez, deverá lembrar o nome e a cor escolhida pelas duas pessoas que se apresentaram anteriormente, sempre na ordem em que for dita. Na rodada seguinte, além da cor preferida, cada participante deverá falar sua fruta preferida, lembrando sucessivamente o nome e as respectivas cores ditas por cada participante anteriormente. Em outras rodadas, os participantes falarão do animal preferido, do cantor, do programa de Tv, do filme, da brincadeira (entre outras preferências), sempre retomando o que já fora dito por cada participante. A atividade será finalizada quando os participantes não conseguirem memorizar mais palavras. Essa atividade terá como objetivo a introdução do tema, em uma auto apresentação lúdica.

Duração: 10 minutos

Material: nenhum.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Interação social e novas amizades”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade da sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Você já quis iniciar uma conversa com alguém, mas ficou sem saber o que dizer? Você sempre espera que primeiro alguém fale com você para que a conversa seja iniciada ou você consegue iniciar uma conversa? Como você começa a conversar com alguém que você não conhece? Você acha que essa habilidade de iniciar uma conversa é importante, por que?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora dirá: “Uma conversa é uma

maneira com a qual você pode conhecer novas pessoas, aprender coisas novas e compartilhar suas emoções e pensamentos. Hoje nós iremos treinar como começar uma conversa. Essa é uma coisa que fazemos todos os dias, mas dificilmente pensamos sobre isso, não?! Para iniciar uma conversa é importante olhar nos olhos da pessoa, apresentar expressões faciais adequadas (como um sorriso, quando estiver feliz), iniciar e manter o diálogo. ” Além dessa definição, serão fornecidos exemplos para ilustrar a habilidade tema da sessão, utilizando recursos visuais.

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Se aproximar* da pessoa com quem você quer falar (discutir a distância pessoal: nem muito perto, nem muito longe);
- *Olhar nos olhos* ou chamar a atenção dizendo “oi” ou chamando a pessoa pelo nome, sorrindo com uma cara boa;
- *Fazer um comentário* ou uma pergunta sobre alguma coisa;
- *Ouvir* a resposta da pessoa ao que você disse;
- *Responder* ao que a pessoa falou.

d) Role-play da habilidade:

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Imagine que você teve um longo feriado e ficou sem aulas na escola por quatro dias, mais ou menos... Agora imagine que hoje é segunda-feira, dia de voltar à escola. Logo ao entrar na porta da escola, você vê um colega que você reconhece de sua turma também chegando. O que você faz? ”

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, quando alguém não chama atenção e não mantém o contato visual ao iniciar uma conversa. O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;

- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por eles escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: Conversa guiada

Descrição: Mãe e criança serão convidados a encenar personagens que não se conhecem. A proposta é que, uma de cada vez, mãe e criança criem um personagem com outras características que não as suas. Assim a criança fará uma entrevista com a mãe com questões pré-determinadas, usualmente utilizadas para conhecer novas pessoas. Exemplos: Qual seu nome? Quantos anos você tem? Você estuda ou trabalha? O que você mais gosta de fazer? Em seguida, a criança apresentará o personagem que acabou de conhecer para quem estiver conduzindo a intervenção. Posteriormente os papéis serão invertidos e a mãe é quem fará a entrevista com o personagem representado pela criança.

Duração: 10 minutos

Material: questões escritas em um cartão de papel e uma prancheta.

5) Atividade extra intervenção

A criança será solicitada a praticar a iniciação de conversas na escola e em outros ambientes fora de casa. Em seguida deverá registrar essa experiência em um protocolo específico, respondendo as seguintes questões: Onde e quando você iniciou uma conversa? O que você disse para pessoa, para iniciar a conversa? O que essa pessoa disse para você? A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido na sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para relembrar o aprendizado.

A mãe será convidada a ajudar a criança a ter oportunidades de contato social para praticar essas habilidades. Nessas ocasiões, deverá encorajar a criança a praticar os comportamentos aprendidos, mantendo-se atenta inclusive para fornecer *feedbacks* elogiando o sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, quando necessário. Além disso, deverá observar e registrar esse tipo de interação durante a semana, respondendo as seguintes questões: Onde e quando seu filho iniciou uma conversa? Como ele se saiu nessa interação? O que você falou a respeito desse comportamento com seu filho?

Sessão 2

Tema: Cooperação

Objetivo: Desenvolver habilidades para cooperar e trabalhar junto com outras pessoas em atividades, como uma equipe.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Cooperação”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade
 - d) *Role-play* da habilidade
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Aproximação ao tema

Nome: A pessoa máquina

Descrição: Será dada uma tarefa a ser desempenhada em conjunto. Mãe e criança terão uma importante função individual, que em conjunto alcançarão um resultado completo. Posicionando-se de frente uma para a outra e aproximando as duas mãos, mãe e criança

formarão um movimento mecânico, com os braços e as pernas. Os pés da criança deverão estar em cima dos pés da mãe e os braços de ambas, da mãe e da criança, deverão se mover juntamente formando um movimento mecânico de engrenagem, para promover o deslocamento da “maquina humana.” A mãe será responsável pelo movimento das pernas enquanto que a criança será responsável pelo movimento dos braços. Assim, usando apenas o corpo e a voz, mãe e criança representarão uma máquina com partes interligadas, que “não funcionam bem” quando trabalham sozinhas.

Duração: 10 minutos.

Material: nenhum.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Cooperação”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade dessa sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Por que razões uma pessoa contribui com a atividade de uma outra pessoa? Quais comportamentos mostram que uma pessoa é cooperativa e ajuda ao outro? Quais comportamentos mostram que uma pessoa não é cooperativa? O que acontece quando uma pessoa não coopera? O que uma pessoa pode sentir ao cooperar? O que uma pessoa pode sentir ao perceber que alguém está cooperando com ela?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora deverá dizer: “Para se relacionar bem com outras pessoas é importante fazer as coisas juntos, ajudar ou cooperar. Quando você coopera, você se sente melhor consigo mesmo porque percebe que também contribuiu para alcançar aquele resultado. Imagine como você se sentiria ao cooperar com um amigo, ajudando-o entender a atividade que a professora passou... E quando pensa que fez alguma atividade com outras pessoas, você se sente como parte importante daquele grupo. Para cooperar é preciso ouvir, compartilhar ideias, fazer comentários positivos, incentivando, ajudando e trabalhando em conjunto.” Além dessa definição, serão fornecidos exemplos para ilustrar a habilidade tema da sessão, utilizando recursos visuais.

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe também será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Pensar* em formas de cooperar (ex.: dividindo as atividades ou revezando alguma tarefa);
- *Escolher* quem iniciará a atividade e quem fará o quê;
- *Elogiar* as pessoas que estão fazendo a mesma atividade com você, fazendo comentários positivos ou sorrindo, por exemplo. Isso até terminar toda a atividade;
- *Parabenizar* cada pessoa que o ajudou quando terminar a atividade.

d) Role-play da habilidade

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Vamos imaginar que você e sua mãe estão participando de uma competição e nesta etapa da competição vocês precisam construir uma torre de copos descartáveis, empilhando os copos de forma que eles formem uma torre grande, bastante criativa e bonita. Imagine que você tem um tempo de 10 minutos para terminar essa atividade. No final, cada um de vocês deverá apresentar sua torre para os jurados. Para vencer e receber o prêmio, as duas torres devem ser finalizadas dentro do tempo, estar bem montadas e bastante altas. ”

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, quando um participante se recusa a compartilhar ou dividir a quantidade de copos disponibilizada para a atividade. O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;
- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por eles escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: Colagem

Descrição: Mãe e criança serão instruídos a trabalhar na criação de um painel temático de colagem com revistas. Cada um deverá escolher um tema para sua colagem, poderão inclusive conversar e compartilhar opiniões, e escolherão os itens baseados no tema em revistas. Eles serão incentivados a escolher temas relacionados às pessoas em interações sociais (ex.: equipes de esporte ou relações de amizade). Com o intuito de estimular a cooperação, serão disponibilizados apenas uma cola e uma tesoura que deverão ser compartilhados para conclusão da atividade. No final da atividade será proposta uma reflexão sobre a importância da cooperação (ilustrando a situação em que mãe e criança precisaram compartilhar materiais como cola, tesoura e revistas) para harmonia nas relações interpessoais e para a conclusão de alguma atividade.

Duração: 10 minutos

Material: revistas, tesoura, cola e duas cartolinas.

5) Atividade extra intervenção

A criança será solicitada a refletir sobre o tema, pensando em situações nas quais ela foi cooperativa durante aquela semana. Ela deverá documentar seu progresso respondendo as questões: Com quem você cooperou durante essa semana? Onde você foi cooperativo? O que você fez para cooperar? A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido na sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para lembrar o aprendido.

A mãe deverá encorajar a criança a praticar esses comportamentos, mantendo-se atenta inclusive para fornecer *feedbacks* elogiando o sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, quando necessário. Além disso, deverá observar e registrar esse tipo de interação durante a semana, respondendo as seguintes questões: Onde e quando seu filho foi cooperativo nessa semana? Como ele se saiu nessa atividade? O que você falou a respeito desse comportamento com seu filho?

Sessão 3

Tema: Manejo da provocação e do bullying

Objetivo: Desenvolver habilidades para lidar com provocações e com o bullying e aprender formas alternativas de resposta para situações em que ocorram esse tipo de conflito.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Manejo da provocação e do bullying”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade
 - d) *Role-play* da habilidade
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Aproximação ao tema

Nome: Mapa “Provocação/Pirraça”

Descrição: Será apresentado para a criança um grande cartaz com a palavra “provocação” escrita no centro. A criança deverá então falar de algumas palavras que ela acredite estarem associadas à provocação. Essas palavras serão escritas ao redor da palavra no centro, como se fossem ramos que formam um mapa. No caso de crianças mais novas, poderá ser solicitado que ela encontre figuras que simulem uma provocação/pirraça em revistas que serão disponibilizadas.

Duração: 10 minutos.

Material: cartaz em branco, revistas e marcadores coloridos.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Manejo da provocação e do bullying”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade dessa sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Você já foi provocado/pirraçado por seus irmãos ou amigos? Como você se sentiu quando provocado/pirraçado? O que você fez quando foi provocado/pirraçado? De que outras maneiras você poderia reagir a uma provocação/pirraça? Você já provocou/pirraçou alguém? Por que você acha que as pessoas às vezes gostam de provocar/pirraçar os outros? Como você poderia saber que não está provocando/pirraçando outra pessoa?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora deve dizer: “É possível que você já tenha se sentido provocado/pirraçado por alguém. Em situações desse tipo, quando outras pessoas te provocam/pirraçam ou te xingam de alguma coisa, é importante responder de uma forma que evite o conflito (uma briga).” Retomar alguns exemplos citados pela criança (no momento acima descrito) enfatizando que, embora a criança não seja capaz de controlar as pessoas que a provocam/pirraçam, ela poderá controlar suas reações àquela provocação/pirraça. Explicar que se a criança não reage a uma provocação/pirraça que as outras pessoas fazem, provavelmente elas param de provocar/pirraçar. A partir daí, deverá ser estimulada a reflexão sobre outras alternativas apropriadas de respostas, além de ignorar. Por exemplo, mudar de assunto, ou fazer alguma piada como distração, ou abordar o comentário diretamente, de forma assertiva, etc.

Discutir sobre as situações em que a criança está em companhia de outras crianças que começam a provocar/pirraçar alguém. Incentivar a criança a se colocar no lugar da pessoa que está sendo pirraçada, imaginando como se sentiria se estivesse sendo pirraçado/provocado. Falar sobre algumas formas adequadas para lidar com a situação, como por exemplo se retirando do local, não contribuindo com a provocação/pirraça e escolhendo, cuidadosamente, as pessoas com quem se envolver e ter amizades. Por fim, discutir sobre momentos onde, entre amigos, inicia-se uma provocação/pirraça

(“resenha”). Esclarecer que, quando agradável para todos envolvidos, isso pode ser divertido e adequado para uma interação lúdica com outras pessoas. Contudo, deve-se estar atento para parar quando essa “resenha” (provocação/pirraça) não estiver agradando alguém, ou seja, quando a pessoa parar de se divertir. Toda essa reflexão deverá ser realizada por meio de exemplos, principalmente os relatados pela criança, em uma conversa bastante dinâmica, inclusive utilizando recursos visuais.

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe também será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Pensar e ter certeza* se você está sendo provocado/pirraçado;
- Tentar *entender* porque você está sendo provocado/pirraçado (por que eles estão me provocando/pirraçando?);
- *Escolher* uma forma de resolver o problema ou se livrar daquela situação (pensando em um comportamento que não provoque um conflito maior);
- *Se comportar* da forma escolhida;
- *Refletir* como você se comportou e como a pessoa que te provocou/pirraçou reagiu.

d) Role-play da habilidade:

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Vamos imaginar que você está em um jogo de futebol na escola, no mesmo time que seus colegas de turma, enquanto que o restante dos alunos de outras turmas está assistindo à partida de futebol. Nessa partida você já jogou a bola para fora duas vezes e na terceira vez em que isso acontece dois de seus colegas no time dizem: ‘você não joga nada, seu quatro-olhos (ou, você está cego, eh?). Não consegue sequer ver a bola’. ”

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas, na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, uma pessoa gritando de forma incontrolável e repetindo esse comportamento por várias vezes durante o jogo.

O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;

- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por ela escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: Clipes de filmes

Descrição: Partes de dois filmes serão apresentados (aproximadamente cinco minutos, de cada). Em um filme uma criança estará respondendo de forma inapropriada a uma provocação/pirraça em uma interação social. No outro filme uma criança estará respondendo de forma apropriada a uma provocação/pirraça. As cenas serão discutidas com base na habilidade social aprendida, identificando suas etapas e as consequências da sua utilização. Serão também discutidas outras alternativas de respostas assertivas.

Duração: 20 minutos

Material: notebook e filmes (*Matilda* e *Spiderman*, ou outros filmes infantis com o mesmo padrão descrito acima).

5) Atividade extra intervenção

A criança será solicitada a registrar cenas que tenha visto ou escutado na televisão ou em filmes que tenha assistido durante a semana. Para esse registro deverão responder às seguintes questões: Qual foi a provocação/pirraça? Como a pessoa provocada/pirraçada reagiu? O que você teria feito nessa situação? A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido na sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para relembrar o aprendizado.

A mãe será encorajada a observar a criança, fornecendo *feedbacks* com elogios ao sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, caso presencie alguma situação com provocação/pirraça durante a semana. Caso aconteça alguma situação de provocação/pirraça ela deverá registrar respondendo as questões: onde e quando seu filho foi provocado/pirraçado esta semana? Como ele reagiu a essa situação? O que você falou a

respeito desse comportamento com seu filho? Além disso, ela deverá também auxiliar a criança na atividade dessa semana.

Sessão 4

Tema: Resolver conflitos

Objetivo: Desenvolver habilidades para lidar e resolver situações de conflito, melhorando as respostas pessoais às frustrações, conflitos ou situações desafiadoras que não envolvam provocações.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Resolver conflitos”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade
 - d) *Role-play* da habilidade
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Aproximação ao tema

Nome: Uma situação de frustração

Descrição: Será apresentada uma situação de frustração para a criança (ex.: solicitar que a criança desenvolva alguma atividade utilizando um equipamento com defeito). A criança deverá criar uma apresentação para uma música, contudo o CD disponibilizado estará com defeito. Ela deverá continuar com a atividade nessas condições até que uma solução seja alcançada (ou que o tempo da atividade termine). Depois de alguma discussão a respeito do problema a criança será encorajada a seguir para próxima atividade.

Duração: 10 minutos.

Material: CD com defeito.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Resolver conflitos”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade dessa sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Você consegue se lembrar de alguma situação em que discordou de seus amigos, assim, alguma situação em que eles queriam fazer uma coisa que você achava errado ou que você não estava disposto a fazer também, por exemplo? Quando foi a última vez em que você precisou discutir com um de seus amigos porque vocês discordavam? E o que você disse nessa situação (quais foram seus argumentos)? Como você se sentiu? O que você fez? De que maneira você pode se harmonizar (ou ficar bem) com seus amigos ou seus pais, em uma discussão ou discordância? O que pode acontecer se você não entrar em acordo com seu amigo ou seus pais?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora deve dizer: “Entrar em acordo (ou combinar alguma regra ou alternativa) é uma maneira de conviver bem com os outros, acabando com as discussões ou desacordos de forma adequada (ou seja, sem conflitos) e oferecendo ideias alternativas que as pessoas envolvidas podem aceitar e conviver. Por exemplo, se sua mãe quer que você arrume sua cama (ou os brinquedos), mas você quer assistir a um desenho, vocês podem combinar que você vai arrumar a cama logo depois do desenho ou antes que ele comece. Seria uma negociação de sugestões ou ações. Às vezes nós podemos nos envolver em discussões com pessoas que conhecemos bem e nos preocupamos, outras vezes nós podemos discutir e ter desacordos

com pessoas que não conhecemos suficientemente bem. Assim, para ser mais fácil lidar com essas situações temos algumas etapas. ”

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe também será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Perceber* que você está em uma situação onde pode acontecer uma briga;
- *Pensar* no que pode estar causando o conflito e porque outras pessoas estão chateadas;
- *Ouvir* o que as outras pessoas têm para dizer sobre aquela situação;
- *Falar sua opinião* calmamente e observar como as outras pessoas reagem, imaginando o que elas acham de sua opinião;
- *Sugerir* uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
- Se a outra pessoa concordar com sua sugestão, *combinar* a forma como vocês resolverão o problema, combinando detalhes;
- Se a outra pessoa não concordar com sua sugestão, *perguntar* sobre outras alternativas para essa outra pessoa.

d) Role-play da habilidade:

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Vamos imaginar que você está na casa daquele seu amigo (perguntar o nome de um amigo próximo) assistindo um desenho na TV. Quando esse desenho acaba ele diz que vai assistir um outro programa de desenhos, mas aí você fala que gostaria de ver um filme, que já vai começar em outro canal. Aí seu amigo diz: ‘Esta é minha casa, nós vamos assistir o que eu quiser. ’”

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas, na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, quando a criança identifica a causa do conflito incorretamente e se recusa a negociar um acordo, mudando o canal da televisão impulsivamente. O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;

- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por ela escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: Negociando uma situação de conflito

Descrição: Mãe e criança serão convidadas a encenar uma simulação. Será simulada uma situação de conflito que deverá ser negociada pelas duas partes envolvidas. No primeiro momento a mãe encenará o papel da pessoa que propõe uma negociação, mediando o conflito conforme as etapas dessa habilidade discutidas na sessão. Em seguida, em um outro cenário, a criança é quem interpretará o papel do mediador, também conforme as etapas aprendidas. Será fornecida uma situação, tanto para mãe quanto para criança, delineando um cenário em que tem havido um conflito não resolvido (essas situações serão especificamente elaboradas para cada díade mãe-criança, com base na rotina da família). Em cada fase, ao mediador de conflitos, será dada uma lista de perguntas a fazer, a fim de tentar resolver o conflito. Mãe e criança terão tempo tanto para fazer perguntas como para apresentar o seu lado da história. No final da atividade, a criança deverá falar sobre esta experiência.

Duração: 20 minutos

Material: preparar contexto e questões. Cada participante deverá ter seu próprio folheto com os detalhes sobre seu papel.

5) Atividade extra intervenção

A criança será convidada a pensar sobre alguma situação com esse tipo de conflito (poderá ser da vida real ou assistido na televisão). Ela deverá registrar essa lembrança respondendo as seguintes questões: Qual foi a razão do conflito? Alguém tentou resolver esse conflito? Caso sim, o que eles fizeram? O que você faria nessa situação? A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido na sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para lembrar o aprendizado. Além dessas atividades, a criança deverá gravar um vídeo entrevistando e apresentando um amigo muito especial. Nesse vídeo, a criança deverá

falar das características pessoais que ela mais admira nesse amigo e das coisas que eles mais gostam de fazer juntos.

A mãe também será encorajada a lembrar de situações com esse tipo de conflito que, eventualmente, seu filho (a) tenha participado. Deverá então registrar essa lembrança respondendo as seguintes questões: Em qual conflito seu filho (a) esteve envolvido? Ele tentou resolver a situação? Caso sim, o que ele fez? Você precisou interferir nessa situação? Caso sim, o que você fez? Ademais, será incentivada a observar a criança, fornecendo *feedbacks* com elogios ao sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, caso presencie alguma situação com esse tipo de conflito.

Sessão 5

Tema: Empatia

Objetivo: Desenvolver habilidades para ouvir e se comportar de forma prestativa com outras pessoas que tenham ou estejam vivenciando alguma perda ou evento difícil.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Empatia”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade
 - d) *Role-play* da habilidade
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das

questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Aproximação ao tema

Nome: Praticando as habilidades de ouvir e falar

Descrição: Dessa atividade participarão mãe e criança. Serão sorteados papéis com um tópico, sobre o qual deverá ser discorrida uma estória. A pessoa que sorteou o papel deve falar sobre o tópico por aproximadamente dois minutos, enquanto a outra pessoa pratica a habilidade de ouvir atentamente. O responsável por conduzir a intervenção iniciará a atividade com um tópico e mãe e criança deverão ouvir atentamente a estória. Em seguida a criança sorteará um novo tópico e contará uma estória apenas para sua mãe. Da mesma forma a mãe sorteará um tópico sobre o qual contará uma estória apenas para a criança. No final, tanto mãe quanto criança deverão apresentar a estória que ouviram para o responsável por conduzir a intervenção. Cada uma terá ainda um tempo para falar como se sentiu ao ser ouvido.

Explicar a importância de ouvir apontando que quando você ouve atentamente a pessoa que está falando sentirá que você se preocupa com a sua história e que entende seus sentimentos. É possível demonstrar atenção acenando com a cabeça, fazendo contato visual, fazendo perguntas adicionais, repetindo o que a pessoa disse e fazendo comentários de conforto ou compartilhando uma de suas experiências, depois que a outra pessoa terminar de falar sobre sua história.

Duração: 10 minutos.

Material: preparar tópicos escritos em pequenos papéis.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Empatia”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade dessa sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Como você se sente quando alguma coisa ruim acontece com você (ex.: tirar uma nota ruim na escola ou se seu cachorro morre ou se alguém fica doente)? O que você gostaria que os outros fizessem quando você se sentisse mal? Você acha que as outras

pessoas podem se sentir da mesma maneira que você quando coisas ruins acontecem com elas?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora deve dizer: “Nós todos sabemos que é importante demonstrar nosso carinho pelos outros, né! Isso é especialmente importante quando coisas ruins acontecem com alguém. Quando nos sentimos triste por outra pessoa, estamos sendo sensíveis com sentimentos, pensamentos ou atitudes de outra pessoa. Quando você ouvir como uma outra pessoa se sente, você poderá tentar ajudá-la a se sentir melhor. ”

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe também será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Ouvir* atentamente a história contada pela pessoa;
- *Se mostrar disposto a ajudar, apoiando aquela pessoa* (por exemplo, posso te ajudar de alguma forma?);
- *Contar* uma breve experiência parecida;
- *Oferecer* dicas ou sugestões sobre como a pessoa pode enfrentar o problema.

d) Role-play da habilidade:

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Imagine que você está na escola e percebe que seu amigo ‘João’ chegou especialmente triste esta manhã. Daí você se aproxima dele e pergunta o que aconteceu de errado e por que ele parece tão triste. Ele te conta que o cachorro dele morreu no dia anterior, logo depois que ele chegou da escola. ”

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas, na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, não ouvir atentamente o relato do amigo, fazendo um comentário sobre algum tópico que não tem nenhuma relação com o que ele disse, ou mudar atenção do tópico para seu próprio

problema pessoal. O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;

- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por ela escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: Amizades

Descrição: Inicialmente a criança será convidada a mostrar o vídeo que gravou com seu amigo na semana anterior. Ao assistir ao vídeo, juntamente com a mãe e a facilitadora da intervenção, a criança será encorajada a falar mais detalhes sobre esse amigo e a expressar como se sentiu ao fazer o vídeo falando sobre as características boas do amigo. Nesse contexto ela também será estimulada a contar eventos dessa relação onde eles tenham sido empáticos um com o outro. Para isso, será narrada a estória “Cacto” que trata da empatia entre duas crianças que se conheciam, mas não mantinham relações de amizade. A criança também deverá falar sobre suas características empáticas. Por fim, ela será estimulada a pensar em situações nas quais foi sensível com outras pessoas, bem como nas situações em que outras pessoas foram sensíveis com ela, além de encorajada a falar para outros amigos sobre as características que admira em cada um deles.

Duração: 20 minutos

Material: notebook e conto a ser narrado.

5) Atividade extra intervenção

A criança será solicitada a refletir sobre alguma situação em que ela tenha se comportado com empatia ou alguma situação em que outra pessoa tenha apresentado esse tipo de comportamento com relação a ela. A criança deverá, então, registrar essa lembrança respondendo as seguintes questões: Descreva um momento em que você demonstrou empatia por outra pessoa. O que você fez? Descreva um momento em que alguém demonstrou empatia por você. O que essa pessoa disse ou fez? A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido nessa sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para relembrar o aprendido.

A mãe deverá encorajar a criança a se comportar de forma empática, mantendo-se atenta inclusive para fornecer *feedbacks* elogiando o sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, quando necessário.

Sessão 6

Tema: Assertividade

Objetivo: Desenvolver habilidades para expressar suas necessidades de maneira satisfatória, aprendendo alternativas para interagir de forma socialmente aceitável, mesmo diante de injustiças.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Aproximação ao tema
- 3) Apresentação da habilidade social tema: “Assertividade”
 - a) Questões sobre a habilidade social
 - b) Descrição da habilidade social
 - c) Etapas da habilidade
 - d) *Role-play* da habilidade
- 4) Atividade principal
- 5) Atividade extra intervenção

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Aproximação ao tema

Nome: “Se você estivesse no comando do mundo...”

Descrição: A criança será questionada sobre o que gostaria de fazer se estivesse no comando do mundo. Também será questionada sobre o porquê fazer aquela coisa, considerando sua importância, tanto para ela mesma quanto para outras pessoas. Depois de elucidadas algumas possibilidades, ela deverá escolher a preferida para representar em um cartaz.

Duração: 15 minutos.

Material: cartolina, utensílios para escrita e desenho.

3) Apresentação da habilidade social tema: “Assertividade”

a) Questões sobre a habilidade social

Serão realizadas perguntas sobre a habilidade dessa sessão para incentivar a discussão. Exemplos: Você já sentiu ou achou que seus pais ou professores te trataram de forma injusta (por exemplo, se eles já te deram uma bronca por algo que você não fez)? Você já foi tratado injustamente por um amigo ou colega na escola? O que você pode fazer se for tratado injustamente? O que você poderia fazer se alguém te dissesse que você tinha tratado outra pessoa injustamente?

b) Descrição da habilidade social

Depois de ouvir e acessar o conhecimento prévio da criança, a habilidade da sessão deverá ser descrita de forma bastante clara. A facilitadora deve dizer: “É importante saber o que fazer quando alguém te tratar injustamente. As pessoas podem não saber que te trataram injustamente, portanto é importante falar com essas pessoas sobre o que você sente quanto aos comportamentos delas, que você acha injusto. Além disso, também é importante que você responda apropriadamente (de forma calma e equilibrada) para alguém que fala com você que você foi injusto com ela. Você pode usar a habilidade empatia e a habilidade de resolução de conflitos para lidar com uma situação como essa.”

c) Etapas para utilizar a habilidade:

Serão discutidas as etapas necessárias para o desenvolvimento daquela habilidade. A mãe também será convidada a participar dessa discussão, onde as etapas serão

apresentadas com recursos visuais em um computador e, em seguida, essas informações serão disponibilizadas para a criança em um cartão de papel.

- *Refletir* se você foi tratado injustamente ou se simplesmente não gosta da maneira como foi tratado;
- *Perguntar* para a pessoa que foi injusta se você pode falar com ele/ela sobre como você tem sido tratado;
- *Falar* com ela porque você acha que o que aconteceu foi injusto;
- *Ouvir* o que a outra pessoa tem a dizer sobre o assunto;
- *Sugerir* uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
- *Decidir* se aceita a explicação. Se você aceitar, agradeça a explicação da pessoa que falou com você. Se você não aceitar a explicação, decida o que mais você pode fazer. Diga para a pessoa que você ainda sente que tem sido tratado injustamente, mas que agradece pela conversa.

d) Role-play da habilidade:

Para esta atividade, será apresentada a seguinte situação: “Pense que você estuda em uma escola que tem uma cantina grande com várias mesas e cadeiras, onde todos os alunos lancham na hora do recreio. Agora imagine que tem uma pessoa sentada ao seu lado nessa cantina e que essa pessoa está sendo muito barulhenta e bagunceira. Daí chega um responsável pela cantina e diz que você é o aluno barulhento e que, juntamente com outro amigo, deverá limpar toda cantina depois que os outros alunos terminarem de comer. Este seria o castigo pela bagunça.” Você acha que isso é justo? O que você faria nessa situação?

- Nessa ocasião, a habilidade social será positivamente modelada seguindo as etapas anteriormente discutidas, na ordem correta;
- Serão também discutidas, como exemplo, as consequências de um modelo negativo dessa habilidade. Por exemplo, quando alguém fica com muita raiva e começa a se comportar de forma bastante irritada, sem conseguir explicar o que acha injusto. O participante será incentivado a dar *feedback* conforme as etapas discutidas, corrigindo os erros com sugestões mais apropriadas;
- Mãe e criança serão convidados a encenar um novo *role-play* com alguma situação por ela escolhida, dentro do mesmo tema apresentado. Será fornecido

um *feedback* discutindo possíveis aspectos que podem ser aprimorados na encenação e enfatizando o sucesso na utilização correta da habilidade.

4) Atividade principal

Nome: O júri

Descrição: Será proposta a formação de um júri para a negociação de uma questão. Mãe e criança serão convidadas a participar desse júri, em lados opostos, onde haverá uma discussão a respeito de temas instigantes (por exemplo, o horário que uma criança deve dormir ou se uma criança pode comer doces na hora do almoço). Estes temas serão referentes às situações de potencial conflito, nas quais mãe e criança deverão expor seus pontos de vista, discutindo alternativas até chegar a um acordo. Para essa atividade, serão providenciados alguns temas em tiras de papel que deverão ser sorteados para a discussão.

Duração: 10 minutos

Material: tira de papel com temas instigantes.

5) Atividade extra intervenção

A criança será encorajada a refletir sobre situações nas quais se sinta confortável e desconfortável para falar sobre o que sente e o que pensa. Deverá documentar algo sobre essa reflexão respondendo as seguintes solicitações: Descreva uma pessoa e um local onde você se sinta confortável em dizer o que pensa. Descreva uma pessoa e um local onde você acha difícil falar sobre o que pensa. A criança também deverá comentar sobre o conteúdo aprendido na sessão com alguma outra pessoa, como alternativa para relembrar o aprendizado.

A mãe será encorajada a incentivar a criança a se comportar de forma assertiva a partir das etapas aprendidas, observando com a criança tem se comportado e mantendo-se atenta inclusive para fornecer *feedbacks* elogiando o sucesso do filho e sugerindo a melhora na utilização de alguma etapa, quando necessário. Além disso, deverá observar e registrar esse tipo de interação durante a semana, respondendo as seguintes questões: Onde e quando seu filho foi assertivo nessa semana? Como ele se comportou? O que você falou a respeito desse comportamento com seu filho?

Sessão 7

Tema: Consolidação das habilidades sociais

Objetivo: Revisar as habilidades sociais aprendidas nas sessões anteriores, fortalecendo o aprendizado e reforçando a prática.

Plano da Sessão

- 1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão
- 2) Consolidação das habilidades sociais
- 3) Atividade principal

1) Discussão da atividade extra intervenção e revisão

Revisar as etapas da habilidade social discutida na sessão anterior. Inicialmente os registros da criança serão lidos juntamente com ela. Em seguida, a criança será estimulada a falar mais detalhes sobre seus registros na atividade extra intervenção e sobre sua experiência ao praticar a habilidade social revisada, durante a semana. Serão discutidas suas dificuldades, como ela resolveu essas dificuldades e outras alternativas para lidar com cada uma das questões levantadas. Posteriormente serão lidos os registros da mãe, em conjunto com a mãe e a criança, e também será estimulado o relato de maiores detalhes a respeito do que foi registrado, e serão discutidas possíveis questões levantadas a partir das experiências durante aquela semana.

2) Consolidação das habilidades sociais

Será realizada uma revisão de cada sessão prévia. Cada habilidade social será apresentada com recursos visuais, juntamente com as etapas aprendidas para cada habilidade. As informações serão lidas juntamente com o participante de forma bastante lúdica e interativa.

3) Atividade principal

Nome: Tabuleiro das habilidades sociais

Descrição: Será providenciado um tabuleiro para a criança, com três etapas até o ponto de chegada. A criança deverá se posicionar no ponto de partida e para avançar uma etapa ela deverá encenar, em um *role-play*, uma alternativa de comportamento para a situação proposta. Para avançar até a segunda casa do tabuleiro ela deverá apresentar outra

alternativa de resposta para a mesma situação. Concluída a segunda etapa, ela terá a chance de jogar um dado com dicas que poderão facilitar sua chegada ao final do trajeto. O percurso nesse tabuleiro será repetido em cada uma das situações propostas, conforme a habilidade social do tema.

Cada habilidade terá uma situação pré-definida (conforme descritas abaixo), mas poderá ser adaptada segundo as experiências de cada criança. Cada situação será discutida separadamente, após o *role-play*, e a criança terá chance de falar sobre outras alternativas para resolver o problema. Por fim, a criança será parabenizada, encorajada a utilizar as habilidades e celebrada pela conclusão do aprendizado.

Duração: 20 minutos

Material: diferentes tipos de óculos.

❖ Sessão 1: Interação social e novas amizades

Situação: “Imagine que um dia à tarde você saiu com sua mãe para fazer compras em um supermercado. Chegando lá você vê um colega da escola, que também foi comprar alguma coisa com a mãe dele. O que você faz? ”

❖ Sessão 2: Cooperação

Situação: “Imagine um dia em que você e seu amigo combinaram de encontrar outro amigo no parque. Vocês planejavam ir de bicicleta, mas na hora de sair descobriram que o pneu da bicicleta de seu amigo estava furado. Você e seu amigo podem chegar muito tarde se não consertarem a bicicleta juntos, o mais rápido possível. O que você faz? ”

❖ Sessão 3: Manejo da provocação do bullying

Situação: “Agora pense em você na escola, depois da aula esperando que sua mãe vá lhe buscar. Enquanto esperavam, imagine que você e alguns colegas estavam brincando de pega-pega e que estavam correndo pelo jardim da escola. Nesse momento, vários estudantes de outra turma (alunos de uma turma mais velha) se aproximam e começam a provocar você e seus colegas falando das roupas que vocês estão vestindo. O que você faz? ”

❖ Sessão 4: Resolver conflitos

Situação: “Vamos imaginar que você e seu amigo (falar o nome de um amigo próximo da criança) combinaram de ele passar a noite de sábado em sua casa. A mãe de vocês autorizou e você estão se divertindo jogando vídeo games. Sua mãe vai dormir cedo e fala que vocês podem ficar mais algum tempo acordados, mas orienta que vocês não

devem demorar muito para ir dormir. Depois de muita curtidão, quando já está bem tarde da noite, você fala para seu amigo que vocês já deveriam ir dormir. Mas seu amigo quer ficar acordado durante toda noite assistindo filmes e jogando vídeo game. Você realmente precisa dormir e quer ter uma boa noite de descanso. O que você faz? ”

❖ Sessão 5: Empatia

Situação: “Vamos imaginar que sua escola vai montar um time de futebol e, para escolher os jogadores desse time, fará um teste para definir quem poderá entrar no time. Esse teste será com corridas e cobranças de pênalti, por exemplo. Agora pense que você e seu amigo participaram desse teste para entrar no time de futebol.... Ao receberem os resultados vocês veem que você foi selecionado, mas seu amigo, não. Ele fica muito triste e você percebe. O que você diria para ele? ”

❖ Sessão 6: Assertividade

Situação: “Agora imagine um dia que sua mãe precisou sair para resolver um problema, rapidamente, e deixou você e seu irmão sozinhos em casa. Vocês estavam brincando pela sala, mas ele fez uma bagunça enorme com os brinquedos. Sua mãe chega em casa e fica brava com toda aquela bagunça na casa. Nesse momento seu irmão está no quarto e só você está na sala, quando ela chega. Daí ela ordena que você arrume toda aquela bagunça sozinho. O que você faz? ”

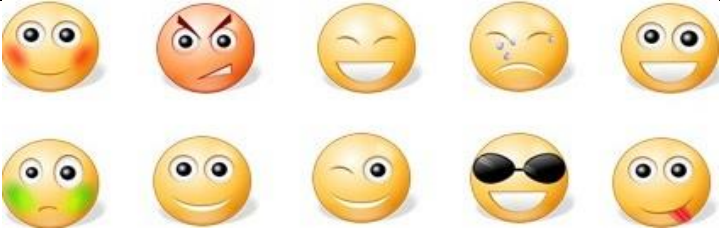
Anexo H

Protocolo de Registro para a Criança – Sessão 1

Como iniciar uma conversa:

- 1) Se aproximar da pessoa com quem você quer falar;
 - 2) Olhar nos olhos ou chamar a atenção dizendo “oi” ou chamando a pessoa pelo nome, sorrindo ou com uma cara boa;
 - 3) Fazer um comentário ou uma pergunta sobre alguma coisa;
 - 4) Ouvir a resposta da pessoa ao que você disse;
 - 5) Responder ao que a pessoa falou.
-

Atividade extra intervenção: Procure iniciar conversas durante essa semana! Em seguida, conte uma dessas situações nos espaços abaixo.

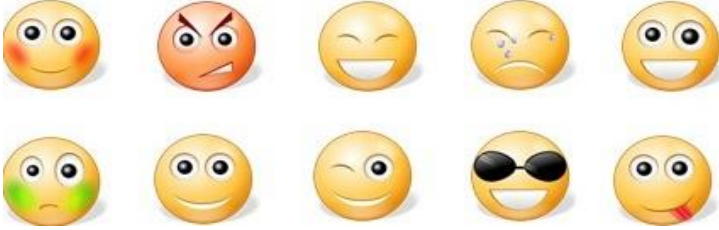
Questões	Suas respostas
Onde você iniciou uma conversa?	
O que estava acontecendo quando você iniciou essa conversa?	
O que você disse para pessoa, para iniciar a conversa?	
O que essa pessoa disse para você?	
Como foi essa situação para você? Escolha a carinha que melhor defina como você se sentiu.	

Protocolo de Registro – Sessão 2

Como cooperar com outras pessoas:

- 1) Pensar em formas de cooperar (ex.: dividindo as atividades ou revezando a atividade);
 - 2) Escolher quem iniciará a atividade e quem fará o quê;
 - 3) Elogiar as pessoas que estão fazendo a mesma atividade com você, fazendo comentários positivos ou sorrindo, por exemplo. Isso até terminar toda atividade;
 - 4) Parabenizar cada pessoa que o ajudou quando terminar a atividade.
-

Atividade extra intervenção: Pratique a cooperação durante essa semana, fazendo alguma atividade com outras pessoas. Em seguida, conte uma de suas experiências respondendo as questões abaixo.

Questões	Suas respostas
Com quem você cooperou durante essa semana?	
Onde é que você foi cooperativo?	
O que você fez para cooperar?	
Como foi essa situação para você? Escolha a carinha que melhor defina como você se sentiu.	

Protocolo de Registro – Sessão 3

Como lidar com a provocação e o bullying:

- 1) Pensar e ter certeza se você está sendo provocado/pirraçado;
 - 2) Tentar entender porque você está sendo provocado/pirraçado (por que eles estão me provocando/pirraçando?);
 - 3) Escolher uma forma de resolver o problema ou se livrar daquela situação (pensando em um comportamento que não provoque um conflito maior);
 - 4) Se comportar da forma escolhida;
 - 5) Refletir sobre como você se comportou e como a pessoa que te provocou/pirraçou reagiu.
-

Atividade extra intervenção: Pense em cenas, que você tenha visto na televisão ou em filmes, onde alguém foi pirraçado e responda as questões abaixo.

Questões	Suas respostas
Qual foi a provocação/pirraça?	
Como a pessoa provocada/pirraçada reagiu?	
O que você teria feito nessa situação?	

Protocolo de Registro – Sessão 4

Como resolver situações de conflito:

- 1) Perceber que você está em uma situação onde pode acontecer uma briga;
 - 2) Pensar no que pode estar causando o conflito e porque outras pessoas estão chateadas;
 - 3) Ouvir o que as outras pessoas têm para dizer sobre aquela situação;
 - 4) Falar sua opinião calmamente e observar como as outras pessoas reagem, imaginando o que elas acham de sua opinião;
 - 5) Sugerir uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
 - 6) Se a outra pessoa concordar com sua sugestão, combinar a forma como vocês resolverão o problema, combinando detalhes;
 - 7) Se a outra pessoa não concordar com sua sugestão, perguntar sobre outras alternativas para essa outra pessoa.
-

Atividade extra intervenção: Você consegue se lembrar de alguma situação de conflito? Pense em alguma situação desse tipo que você tenha visto entre outras pessoas ou que você tenha participado ou que você tenha assistido em filmes. Em seguida, conte uma dessas situações respondendo as questões abaixo.

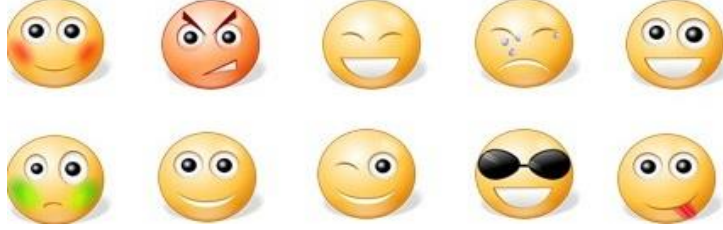
Questões	Suas respostas
Qual foi a razão do conflito?	
Alguém tentou resolver esse conflito? Se sim, o que eles fizeram? Se não, o que aconteceu?	
O que você faria nessa situação?	

Protocolo de Registro – Sessão 5

Como ser sensível com outras pessoas (empatia):

- 1) Ouvir atentamente a história contada pela pessoa;
 - 2) Se mostrar disposto a ajudar, apoiando aquela pessoa (por exemplo, posso te ajudar de alguma forma?);
 - 3) Contar alguma breve experiência parecida;
 - 4) Oferecer dicas ou sugestões sobre como a pessoa pode enfrentar o problema.
-

Atividade extra intervenção: Tente lembrar de alguma situação que você tenha se demonstrado sensível por alguém ou de uma situação que alguém tenha se demonstrado assim com relação a você. Em seguida, conte uma dessas situações respondendo as questões abaixo.

Questões	Suas respostas
<p>Descreva um momento em que você demonstrou empatia por outra pessoa. O que você fez?</p>	
<p>Descreva um momento em que alguém demonstrou empatia por você. O que essa pessoa disse ou fez?</p>	
<p>Como foi essa situação para você? Escolha a carinha que melhor defina como você se sentiu.</p>	

Protocolo de Registro – Sessão 6

Como falar com alguém quando você se sentir injustiçado:

- 1) Refletir se você foi tratado injustamente ou se simplesmente não gosta da maneira como foi tratado;
 - 2) Perguntar para a pessoa que foi injusta se você pode falar com ela sobre como você tem sido tratado;
 - 3) Falar com ela porque você acha que o que aconteceu foi injusto;
 - 4) Ouvir o que a outra pessoa tem para dizer sobre o assunto;
 - 5) Sugerir uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
 - 6) Decidir se aceita a explicação. Se você aceitar, agradeça a explicação da pessoa que falou com você. Se você não aceitar a explicação, decida o que mais você pode fazer. Diga para a pessoa que você ainda sente que tem sido tratado injustamente, mas que agradece pela conversa.
-

Atividade extra intervenção: Em quais situações você se sente bem para falar tudo que pensa e sente? E em quais situações falar o que pensa parece muito difícil? Pense um pouco sobre isso, em seguida, conte uma dessas situações, respondendo as questões abaixo.

Questões	Suas respostas
Descreva uma pessoa e um local onde você se sinta bem em dizer o que pensa.	
Descreva uma pessoa e um local onde você acha difícil falar sobre o que pensa.	

Anexo I

Protocolo de Registro para a Mãe– Sessão 1

Como iniciar uma conversa:

- 1) Se aproximar da pessoa com quem você quer falar;
 - 2) Olhar nos olhos ou chamar a atenção dizendo “oi” ou chamando a pessoa pelo nome, sorrindo ou com uma cara boa;
 - 3) Fazer um comentário ou uma pergunta sobre alguma coisa;
 - 4) Ouvir a resposta da pessoa ao que você disse;
 - 5) Responder ao que a pessoa falou.
-

Atividade extra intervenção: Tente estimular seu filho (a) a praticar os comportamentos aprendidos nessa sessão e esteja atenta para elogiar o sucesso dele e para ajudá-lo a melhorar o desempenho, quando necessário. Em seguida, responda as questões abaixo contando uma dessas experiências.

Questões	Suas respostas
Onde seu filho (a) iniciou uma conversa?	
Quando ele (a) iniciou essa conversa?	
Como ele (a) se saiu nessa interação?	
O que você falou a respeito desse comportamento com seu (sua) filho (a)?	

Protocolo de Registro – Sessão 2

Como cooperar com outras pessoas:

- 1) Pensar em formas de cooperar (ex.: dividindo as atividades ou revezando a atividade);
 - 2) Escolher quem iniciará a atividade e quem fará o quê;
 - 3) Elogiar as pessoas que estão fazendo a mesma atividade com você, fazendo comentários positivos ou sorrindo, por exemplo. Isso até terminar toda atividade;
 - 4) Parabenizar cada pessoa que o ajudou quando terminar a atividade.
-

Atividade extra intervenção: Tente estimular seu filho (a) a praticar os comportamentos aprendidos nessa sessão e esteja atenta para elogiar o sucesso dele e para ajudá-lo a melhorar seu desempenho, quando necessário. Em seguida, responda as questões abaixo contando uma dessas experiências.

Questões	Suas respostas
Onde seu (sua) filho (a) foi cooperativo (a) nessa semana?	
Quando ele (a) foi cooperativo (a) nessa semana?	
Como ele (a) se saiu nessa atividade?	
O que você falou a respeito desse comportamento com seu (sua) filho (a)?	

Protocolo de Registro – Sessão 3

Como lidar com a provocação e o bullying:

- 1) Pensar e ter certeza se você está sendo provocado/pirraçado;
 - 2) Tentar entender porque você está sendo provocado/pirraçado (por que eles estão me provocando/pirraçando?);
 - 3) Escolher uma forma de resolver o problema ou se livrar daquela situação (pensando em um comportamento que não provoque um conflito maior);
 - 4) Se comportar da forma escolhida;
 - 5) Refletir sobre como você se comportou e como a pessoa que te provocou/pirraçou reagiu.
-

Atividade extra intervenção: Tente estimular seu filho (a) a praticar os comportamentos aprendidos nessa sessão e esteja atenta para elogiar o sucesso dele e para ajudá-lo a melhorar o desempenho, quando necessário. Em seguida, caso aconteça alguma situação de provocação ou pirraça que você possa observar, responda as questões abaixo contando essa experiência.

Questões	Suas respostas
Onde seu (sua) filho (a) foi provocado/pirraçado esta semana?	
Quando ele (a) foi provocado/pirraçado esta semana?	
Como ele (a) reagiu a essa situação?	
O que você falou a respeito desse comportamento com seu (sua) filho (a)?	

Protocolo de Registro – Sessão 4

Como resolver situações de conflito:

- 1) Perceber que você está em uma situação onde pode acontecer uma briga;
 - 2) Pensar no que pode estar causando o conflito e porque outras pessoas estão chateadas;
 - 3) Ouvir o que as outras pessoas têm para dizer sobre aquela situação;
 - 4) Falar sua opinião calmamente e observar como as outras pessoas reagem, imaginando o que elas acham de sua opinião;
 - 5) Sugerir uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
 - 6) Se a outra pessoa concordar com sua sugestão, combinar a forma como vocês resolverão o problema, combinando detalhes;
 - 7) Se a outra pessoa não concordar com sua sugestão, perguntar sobre outras alternativas para essa outra pessoa.
-

Atividade extra intervenção: Tente lembrar de alguma situação de conflito que seu filho (a) esteve envolvido (a). Em seguida, conte uma dessas situações, respondendo as questões abaixo e apontando se faria algo diferente, caso uma situação parecida acontecesse outra vez.

Questões	Suas respostas
Qual conflito seu filho (a) esteve envolvido (a)?	
Ele (a) tentou resolver a situação? O que ele (a) fez?	
Você precisou interferir nessa situação? Caso sim, o que você fez?	

Protocolo de Registro – Sessão 5

Como ser sensível com outras pessoas (empatia):

- 1) Ouvir atentamente a história contada pela pessoa;
 - 2) Se mostrar disposto a ajudar, apoiando aquela pessoa (por exemplo, posso te ajudar de alguma forma?);
 - 3) Contar alguma breve experiência parecida;
 - 4) Oferecer dicas ou sugestões sobre como a pessoa pode enfrentar o problema.
-

Atividade extra intervenção: Como atividade dessa semana você apenas deverá estar bastante atenta ao seu filho (a) e as emoções que ele (a) demonstra. Tente encorajar seu (sua) filho (a) a praticar os comportamentos aprendidos nessa sessão e esteja atenta para elogiar o sucesso do seu (sua) filho (a) e para ajudá-lo (a) a melhorar seu desempenho, quando necessário.

Protocolo de Registro – Sessão 6

Como falar com alguém quando você se sentir injustiçado:

- 1) Refletir se você foi tratado injustamente ou se simplesmente não gosta da maneira como foi tratado;
- 2) Perguntar para a pessoa que foi injusta se você pode falar com ela sobre como você tem sido tratado;
- 3) Falar com ela porque você acha que o que aconteceu foi injusto;
- 4) Ouvir o que a outra pessoa tem para dizer sobre o assunto;
- 5) Sugerir uma forma de resolver a situação ou uma opção alternativa;
- 6) Decidir se aceita a explicação. Se você aceitar, agradeça a explicação da pessoa que falou com você. Se você não aceitar a explicação, decida o que mais você pode fazer. Diga para a pessoa que você ainda sente que tem sido tratado injustamente, mas que agradece pela conversa.

Atividade extra intervenção: Tente estimular seu filho (a) a praticar os comportamentos aprendidos nessa sessão e esteja atenta para elogiar o sucesso do seu filho e para ajudá-lo a melhorar o desempenho, quando necessário. Em seguida, responda as questões abaixo contando uma dessas experiências.

Questões	Suas respostas
Onde seu (sua) filho (a) foi assertivo (a) nessa semana?	
Quando ele (a) foi assertivo (a) nessa semana?	
Como ele (a) se comportou?	
O que você falou a respeito desse comportamento com seu (sua) filho (a)?	

