

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**DESENVOLVIMENTO POSITIVO E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS BRASILEIROS**

Jordana Calil Lopes de Menezes

Brasília, 2013.



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

DESENVOLVIMENTO POSITIVO E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS:

UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS BRASILEIROS

Jordana Calil Lopes de Menezes

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Dr^a Sheila Giardini Murta

Brasília, 2013

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Doutora Sheila Giardini Murta.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília – UnB

Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Vieira Gauy
Instituto Brasiliense de Terapia Cognitivo-Comportamental - IBTCC

Prof^ª. Dr^ª. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Universidade de Brasília – UnB

Prof^ª. Dr^ª. Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

À Deus por me guiar, proteger e colocar pessoas maravilhosas na minha vida.

À Profª Drª Sheila por ser mais que uma orientadora competente, ser uma boa amiga, motivadora, construtora e realizadora de sonhos.

Aos meus pais e irmã, pelo apoio incondicional.

Ao Homero, que tanto amo, por ser mais que um namorado, um amigo e companheiro.

À Claudia, uma nova amiga, obrigada por ser companheira e uma ótima colega de quarto e de mestrado.

À Graciana, minha terapeuta, obrigada imensamente pelo apoio emocional e psicológico.

À Celana e Flor, amigas e companheiras de viagem, obrigada pelas conversas, desabafos e apoio.

Ao Leonardo, meu irmão de coração, pessoa maravilhosa e grande amigo.

À Sâmia, Cris, Karine, Arthur e Janaína, companheiros de jornada, obrigada pelo apoio emocional e intelectual.

À Ana pela disponibilidade em colaborar com este trabalho.

À Mariana e Fernanda, companheiras de viagem no final desta jornada, obrigada pela companhia, apoio e diversão.

Ao Instituto de Psicologia nas pessoas de Soraya, Sandra e Gemima, obrigada pela disponibilidade.

Aos meus queridos alunos de Psicologia da Personalidade obrigada por terem proporcionado uma experiência maravilhosa como professora, confirmando o meu sonho de lecionar.

À CAPES pela bolsa de mestrado.

Ao DPP pelo apoio em congresso e viagem.

Aos professores que me proporcionaram uma gama infinita de possibilidades de conhecimento, especialmente, Drª Eliane Seidl, Dr Jacob Laros, Dr Jairo Borges, Drª Sheila Murta e Drª Gláucia Diniz.

Aos meus clientes como terapeuta que me apoiaram e inspiraram.

Às irmãs do Lar Madre Eugênia Ravasco obrigada por terem me acolhido por um ano.

Às meninas do pensionato companheiras de cozinha, de passeio e de saudade.

Às professoras da minha banca Drª Júlia Becher-Maluschke, Drª Fabiana Vieira Gauy e Drª Dione de Medeiros Lula Zavaroni. Obrigada pela disponibilidade para ler e enriquecer esta dissertação.

ÍNDICE

Resumo	xii
Abstract	xiv
Apresentação	xvi
MANUSCRITO I	20
SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS	20
Resumo	21
Abstract	21
Saúde Mental na Infância e Adolescência: Prevenção, Promoção e Políticas Públicas	22
Políticas Públicas Brasileiras em Saúde Mental	29
Mudanças necessárias para o avanço da prevenção e promoção da saúde mental na infância e adolescência	32
Considerações Finais	37
Referências	38
MANUSCRITO II	46
DESENVOLVIMENTO POSITIVO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	46
Resumo	47
Abstract	47
Desenvolvimento Positivo: Uma Nova Abordagem para Prevenção em Saúde Mental	48
A Origem da Abordagem do Desenvolvimento Positivo	48
A Perspectiva do Desenvolvimento Positivo	49
Definindo Desenvolvimento Positivo	50
As Bases Teóricas do Desenvolvimento Positivo	52
Modelo Bioecológico	52
Teoria do Apego	56

Teoria da Identidade de Erikson	57
A Perspectiva do Desenvolvimento Positivo Aplicada à Prevenção em Saúde Mental	59
Desenvolvimento Positivo: Uma Possibilidade para o Brasil	62
Considerações Finais.....	63
Referências.....	64
MANUSCRITO III	69
DESENVOLVIMENTO POSITIVO COM CRIANÇAS BRASILEIRAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	69
Resumo	70
Abstract.....	70
Desenvolvimento Positivo com Crianças Brasileiras: Uma Revisão Sistemática	72
Método.....	78
Critérios de Inclusão e Exclusão	79
Procedimento de Busca, Seleção e Codificação dos Estudos	80
Resultados	81
Delineamento, Participantes e Foco da Intervenção	84
Conteúdo e Formato das Intervenções	84
Conteúdo dos Programas, Resultados e Instrumentos	86
Discussão	97
Referências.....	101
CONCLUSÃO	110
ANEXOS	115
ANEXO A	116

LISTA DE TABELAS

Artigo III

Tabela 1. Palavras-chave utilizadas na busca de cada descritor.

Tabela 2. Resultados encontrados e selecionados por descritor.

Tabela 3. Frequência de focos promovidos conforme o conteúdo das intervenções.

Tabela 4. Formato dos programas analisados.

Tabela 5. Instrumentos utilizados nos programas de intervenção e sua frequência.

LISTA DE FIGURA

Artigo II

Figura 1. Modelo Integrativo: prevenção e Desenvolvimento Positivo.

Artigo III

Figura 1. Definição operacional dos objetivos dos programas de Desenvolvimento Positivo de acordo com Catalano et al. (2002).

Figura 2. Definição dos critérios de codificação dos estudos.

Figura 3. Características dos programas analisados.

Figura 4. Frequência de tipos de instrumentos de avaliação dos programas.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A

Ficha de codificação.

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ASPE - *Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE)*

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência

CBCL - *Child Behavior Checklist*

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EECA - Escala de Empatia para Crianças e Adolescentes

EPRP - Eu Posso Resolver Problemas

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

IDP - Indicador de Desempenho Pró-social

IHS - Inventário de Habilidades Sociais

IOM - *Institute of Medicine*

MABS - *Mother and Baby Scales*

MPC - Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

NCHFY - *National Clearing House on Families & Youth*

NICHHD - *National Institute of Child Health and Human Development*

NRC - *National Research Council*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PEPSIC - Periódicos Eletrônicos em Psicologia

PIPS - Sondagem de Habilidades de Solução de Problemas Interpessoais

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

QSD - Questionário de Situações Domésticas

RE-HSE_P - Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais

RN - Recém-nascido

Scielo - *Scientific Electronic Libraly Online*

SDRG - *Social Development Research Group*

STR - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TDE - Teste de Desempenho escolar

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes Contínuo

WHO - *World Health Organization*

WISC - Wechsler Intelligence Scale for Children

Resumo

A saúde mental de crianças, no Brasil, é uma área que carece de investimentos no que tange à prevenção e à promoção. A abordagem do Desenvolvimento Positivo oferece um modelo de intervenção e de atuação que pode contribuir para preencher essa lacuna. A presente dissertação objetiva conduzir uma revisão sistemática das publicações científicas brasileiras relacionadas às intervenções promotoras de desenvolvimento positivo voltadas para crianças, seus pais ou cuidadores, e/ou seus professores. Para tanto, foram desenvolvidos dois artigos teóricos e uma revisão sistemática. O primeiro artigo apresenta os conceitos de saúde mental, prevenção, promoção e fatores de risco e proteção e um panorama das políticas públicas brasileiras na área da saúde mental com foco em crianças e adolescentes. Por fim, são apresentados aspectos que podem ser modificados visando a melhora da saúde mental dessa população. Ressalta-se a importância de o país investir na prevenção e na promoção da saúde mental, visto que seu foco principal tem sido o tratamento de portadores de transtornos. O segundo artigo descreve a origem, a definição, o embasamento e o impacto que essa nova abordagem provoca na área da prevenção em saúde mental. Ademais, discute a inserção dessa nova abordagem no Brasil, incluindo seus desafios e potencialidades. O terceiro artigo é uma revisão sistemática de intervenções brasileiras que focam na promoção de desenvolvimento positivo em crianças. Buscou-se analisar as características destas intervenções, os métodos de avaliação usados e seus resultados. Foram encontrados 4.184 estudos. Desses, 16 foram incluídos na revisão. Os resultados indicam um predomínio de delineamentos quase-experimental (43,75%) e de crianças, como público-alvo das intervenções (7 em 16). Elas promoveram principalmente competência social (50%) e a competência emocional (43,75%). Em relação ao formato, as intervenções eram, em sua maioria, semanais, com duração entre 6 a 20 sessões. Quanto aos instrumentos de avaliação,

predominaram o uso de escalas. Os resultados desses estudos indicam importantes contribuições da abordagem do Desenvolvimento Positivo. Porém, para que ela seja disseminada no Brasil são necessárias ações que incluem mudanças nos programas de intervenção, nas políticas públicas e na cultura. Dentre elas, melhorias metodológicas dos programas; a contemplação da prevenção e da promoção da saúde mental nas políticas públicas; e mudanças culturais, que vejam as crianças como protagonistas em seu desenvolvimento e compreendam que seu crescimento ocorre por meio das relações que elas apresentam nos contextos de que participa.

Palavras-chave: saúde mental, criança, prevenção, promoção.

Abstract

The mental health of children in Brazil is an area that needs investment in prevention and promotion. The Positive Development approach offers an intervention model and performance that can contribute to fill this gap. This dissertation aims to conduct a systematic review of scientific publications related to interventions that promote positive development focused in children, their parents or caregivers, and / or their teachers. Therefore, we developed two theoretical papers and a systematic review. The first article introduces the concepts of mental health, prevention, promotion and risk and protective factors and presents brazilian public policies in mental health with a focus on children and adolescents. Finally, we present aspects that can be modified in order to improve the mental health of this population. We emphasize the importance of the country to invest in prevention and mental health promotion, since his main focus has been the treatment of patients with mental disorders. The second article describes the origin, definition, the basement and the impact that this new approach leads in the area of prevention in mental health. Moreover, discusses the integration of this new approach in Brazil, including its challenges and potential. The third article is a systematic review of brazilian interventions that focus on the promotion of positive development in children. We sought to analyze the characteristics of these interventions, the evaluation methods used and the results. We found 4,184 studies. Of these, 16 were included in the review. The results indicate a prevalence of quasi-experimental designs (43.75%) and children as target group for interventions (7 in 16). They promoted particularly social competence (50%) and emotional competence (43.75%). Regarding the format, the interventions were mostly weekly, lasting between 6-20 sessions. Regarding the assessment tools predominated scales. The results of these studies indicate significant contributions of the Positive

Development approach. However, for it to be disseminated in Brazil actions are required including changes in intervention programs, public policy and culture. Among them, methodological improvements programs; contemplation of prevention and mental health promotion in public policy, and cultural changes that sees children as protagonists in their development and understand that growth occurs through relationships.

Keywords: mental health, child, prevention, promotion

Apresentação

Desde o meu primeiro dia no curso de Graduação em Psicologia, realizado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), tinha a certeza de que seguiria a carreira acadêmica e seria pesquisadora, mas não sabia o que gostaria de pesquisar. No decorrer do curso estudei diversas abordagens e me encantei pela abordagem Gestáltica. No início não sabia muito bem o porquê desse encantamento, mas posteriormente descobri que era devido a sua visão otimista de homem, visto como um ser de possibilidades. Isso era tão diferente do que havia estudado até então e percebi que esta também era a minha visão de homem.

Fui me envolvendo com essa abordagem, que é essencialmente clínica, quando no meio da graduação cursei a disciplina Psicologia da Saúde, ministrada pela Prof^a Dra^a Sheila Giardini Murta (então vinculada à PUC Goiás). À época, ela estava realizando uma pesquisa-intervenção com pais e mães primíparos com a finalidade de prevenir maus tratos contra o bebê e promover competências parentais para manejo do estresse envolvido na transição para a parentalidade. Na ocasião, me ofereci para participar e ela convidou-me para integrar a equipe de um outro projeto, relativo ao desenvolvimento e avaliação de um programa para promoção de habilidades de vida em adolescentes, o que aceitei prontamente. Durante minha participação neste programa, descobri os encantos da pesquisa e isso reforçou ainda mais minha vontade de ser pesquisadora.

No final do curso fiz meu estágio em psicoterapia e, logo depois da conclusão da Graduação em Psicologia, ingressei em um curso de Especialização de Gestalt-Terapia. Porém, não perdi o contato com a Prof^a Sheila, que novamente me convidou para participar de outro programa, desta vez referente ao desenvolvimento de habilidades de vida e direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes em escolas. Concluída a especialização, passei a

trabalhar como psicoterapeuta de crianças e, paralelamente, segui participando da pesquisa. Ao final da mesma, Prof^a Sheila ingressou como docente na Universidade de Brasília (UnB).

Em minha atuação como psicoterapeuta de crianças que apresentavam diversos transtornos e dificuldades severas, sentia-me muito descontente, porque lidava com problemas já instalados passíveis de prevenção se medidas tivessem sido tomadas com antecipação. Decidi, então, ingressar no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB, sob a orientação da Prof^a Sheila. Ela me apresentou o texto *Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs* (Catalano, Berglund, Ryan, Lonezak, & Hawkins, 2002) Lembro-me que quando o li, pensei: “- É isso! E isso que quero pesquisar.” O texto apresenta a abordagem do Desenvolvimento Positivo que ressalta a necessidade de fortalecer as potencialidades de crianças e adolescentes para a promoção de um desenvolvimento saudável. O foco da abordagem é melhorar os contextos dos quais crianças e adolescentes fazem parte e, simultaneamente, aprimorar habilidades nesses jovens que irão contribuir para que eles prosperem (Catalano et al, 2002).

Em razão desta trajetória, escolhi como tema para minha dissertação a promoção de saúde mental de crianças por meio da abordagem do Desenvolvimento Positivo. Nesse sentido, o estudo realizado ao longo do Mestrado teve o propósito de identificar e analisar, sistematicamente, a produção científica brasileira sobre programas de intervenção com crianças que apresentem, em seu conteúdo, componentes da abordagem do Desenvolvimento Positivo.

Esta dissertação está composta por três artigos. O Artigo 1 é um estudo teórico que apresenta os conceitos de saúde mental, prevenção, promoção e fatores de risco e proteção e um panorama das políticas públicas brasileiras na área da saúde mental com foco em crianças e adolescentes. Primeiro, é apresentado o conceito de saúde mental,

discutidos os conceitos de prevenção e promoção em saúde mental e definidos fatores de risco e de proteção à saúde mental. Posteriormente, são descritas as políticas públicas brasileiras na área de saúde mental tanto para a população em geral, quanto aquelas voltadas para crianças e adolescentes, evidenciando lacunas e relacionando-as com os conceitos apresentados. Por fim, são indicadas algumas alternativas para aprimorar as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, com ênfase em ações para promoção de saúde mental para esta população.

O Artigo 2, teórico conceitual, descreve a origem, a definição, o embasamento, as implicações da abordagem do Desenvolvimento Positivo na área da prevenção em saúde mental e a inserção dessa nova abordagem no Brasil. Inicialmente, é apresentado um breve histórico sobre a origem da abordagem e sua visão. Em seguida, expõe-se a dificuldade de se conceituar a abordagem e suas várias definições oriundas de sua multidisciplinaridade. Posteriormente, são apresentadas as teorias que embasam a abordagem, a saber, modelo bioecológico, teoria do apego e teoria da identidade de Erikson. Finalmente, são tratadas as implicações que essa abordagem provoca na área da prevenção e promoção em saúde mental e dos desafios e dificuldades envolvidas na disseminação dessa abordagem no Brasil.

O Artigo 3 descreve uma revisão sistemática da literatura nacional em programas de prevenção primária e de promoção em saúde mental voltados para crianças, seus pais/cuidadores ou seus professores, que incluem em seus conteúdos componentes relacionados ao Desenvolvimento Positivo. O estudo avalia características das intervenções, aspectos metodológicos e seus resultados, por meio de critérios estabelecidos. Os resultados são discutidos à luz da abordagem do Desenvolvimento Positivo, visando ao aprimoramento das intervenções. Por fim, apresenta-se uma agenda de pesquisa para avanço dos estudos desta abordagem no Brasil.

Finalmente, na conclusão da dissertação, apresentam-se reflexões acerca das contribuições da abordagem do Desenvolvimento Positivo para a pesquisa e a sociedade. Ademais, propõem-se ações para o aprimoramento metodológico dos programas de intervenção e apontamentos sobre mudanças políticas e sociais necessárias para a disseminação da abordagem no Brasil.

Espera-se que esta dissertação inspire estudos teóricos e práticos sobre a abordagem do Desenvolvimento Positivo. Ademais, é nosso desejo que ela desperte profissionais e gestores de serviços envolvidos com a saúde mental de crianças a respeito de práticas mais efetivas para a prevenção e promoção da saúde mental. Afinal, não queremos somente que os nossos jovens não tenham transtornos ou não tenham problemas de comportamento. Queremos, sobretudo, que eles sejam capazes de enfrentar as adversidades da vida e possam florescer concretizando, ao máximo, suas potencialidades.

MANUSCRITO I

**SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PREVENÇÃO,
PROMOÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

Resumo

O presente artigo tem por objetivo discutir os conceitos de saúde mental, prevenção e promoção, apresentar um panorama das políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental infanto-juvenil e discorrer sobre alternativas para a melhora da saúde mental dessa população no Brasil. Percebe-se que o Brasil apresenta progressos no que tange as políticas públicas em saúde mental. O país evoluiu de um modelo institucionalizado que desumanizava, para um sistema que respeita e fornece direitos às pessoas com transtornos mentais. Conclui-se que embora, a promoção e a prevenção não estejam explícitas nas políticas públicas, suas práticas são vistas como necessidades, pelo Estado e pela sociedade. Por isso, discutem-se algumas mudanças fundamentais para que essas necessidades se tornem realidade.

Palavras-chave: saúde mental, políticas públicas, prevenção, promoção da saúde.

Abstract

This article aims to discuss the concepts of mental health, prevention and promotions to present an overview of Brazilian public policies related to mental health in children and adolescents and to talk about alternatives to improve the mental health of this population in Brazil. It is perceived that Brazil shows progress regarding public policies in mental health. The country has evolved from a model that institutionalized and dehumanized towards a system that respects and provides rights for people with mental disorders. Although the promotion and prevention are not explicit at public policies its practices are seen as necessities by the State and society. Therefore its discusses some fundamental changes so that these needs becomes real.

Keywords: mental health, public policy, prevention, health promotion.

Saúde Mental na Infância e Adolescência: Prevenção, Promoção e Políticas Públicas

No mundo estima-se que 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de algum transtorno mental (World Health Organization WHO, 2003). Entre os transtornos mentais infantis mais frequentes estão os transtornos de conduta, os transtornos emocionais e os transtornos de atenção e hiperatividade (Fleitlich & Goodman, 2002). A ocorrência desses transtornos causa sofrimento nas crianças, nas pessoas que convivem com elas e altera o desenvolvimento psicossocial e escolar, gerando outros transtornos psiquiátricos e problemas relacionais na fase adulta (Fleitlich & Goodman, 2002; Ramires, Benetti, Silva, & Flores, 2009; WHO, 2005).

No Brasil essa realidade não é diferente. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Instituto IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística), realizou uma pesquisa em 142 municípios brasileiros, em todas as regiões do país, cujos objetivos foram: estimar a prevalência dos sintomas dos transtornos mentais mais comuns em crianças e adolescentes brasileiros e verificar a frequência do uso de serviços de assistência por essa população. Ela foi realizada por meio de um questionário, com perguntas sobre sintomas de transtornos mentais. O questionário foi respondido por mulheres brasileiras, acima de 16 anos, com filhos entre 6 e 17 anos de idade (ABP, 2008).

Os resultados da pesquisa indicam que 12,6% das mães informaram ter um filho com sintomas de transtornos mental que precisa de tratamento ou ajuda especializada, o que equivale a 5 milhões de crianças e adolescentes. Além disso, mais de 3 milhões (8,7%) dessas crianças apresentam sintomas para mais de um transtorno mental. Em relação ao tratamento, a maioria dessas crianças (46,7%) procurou tratamento através do SUS; 24,4% buscou tratamento particular ou por convênios e 28,9% não conseguiu tratamento (ABP, 2008). Esses dados evidenciam que a saúde mental de crianças e

adolescentes brasileiros está exposta a riscos e problemas mentais desde os primeiros anos de vida. Logo, torna-se imperativa a elaboração de programas e políticas públicas voltadas para a prevenção e para a promoção da saúde mental dessa população.

O presente artigo tem por objetivo discutir conceitos relacionados à prevenção e à promoção da saúde mental, bem como apresentar um panorama geral das políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental infanto-juvenil. Por fim, serão discutidas possíveis alternativas para a melhora da saúde mental dessa população no Brasil.

Este texto está organizado em três seções. A primeira apresenta o conceito de saúde mental, discute os conceitos de prevenção e promoção em saúde mental e define os conceitos de fatores de risco e de proteção à saúde mental de crianças e adolescentes. A segunda seção descreve as políticas públicas brasileiras na área de saúde mental. E a terceira indica algumas alternativas para melhorar a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil.

Saúde Mental

A OMS (Organização Mundial da Saúde) concebe a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (WHO, 1946). Esse é um conceito de saúde que traz três ideias centrais: 1) a saúde mental integra a saúde; 2) a saúde mental vai além da ausência de doença; 3) a saúde mental está intimamente ligada à saúde física e ao comportamento (WHO, 2004a). A OMS descreve a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo consegue realizar suas próprias habilidades, enfrentar o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva e contribuir para sua comunidade (WHO, 2001). Dessa forma, esses conceitos de saúde trazem uma visão positiva de saúde, associando-a ao desenvolvimento de habilidades no indivíduo que o capacitam a contribuir na sociedade (Vaillant, 2012).

Em 2005, a OMS publicou o documento *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*, em que definiu a saúde mental de crianças e adolescentes como a capacidade de atingir e manter um funcionamento psicológico ótimo e o bem-estar. Esse funcionamento denominado ótimo varia conforme a cultura e os valores locais, pois diz respeito ao nível máximo de competência para o funcionamento social e psicológico saudável que uma pessoa pode alcançar em seu contexto. Logo, a saúde mental é influenciada não somente por fatores individuais como também por aspectos sociais e ambientais (WHO, 2005).

Os fatores que podem prejudicar a saúde mental são denominados de fatores de risco. Eles são aspectos e características que quando presentes contribuem para o desenvolvimento de problemas físicos, sociais ou emocionais (Poletto & Koller, 2008). No entanto, existem fatores que modificam ou diminuem os efeitos dos fatores de risco, são os fatores de proteção. A proteção está relacionada com a maneira como a pessoa enfrenta as mudanças, transformações e as dificuldades que ocorrem em sua vida e o significado que ela atribui ao que ela vivencia. Além de um sentimento de bem-estar, de auto-eficácia e de esperança (Rutter, 1985).

Como o termo biopsicossocial na definição de saúde mental sugere, esses fatores de risco e de proteção podem existir nos domínios biológico, psicológico e social (WHO, 2005). Comumente esses fatores são denominados de individuais, familiares e ambientais. Os fatores de proteção individuais envolvem características pessoais como: auto-estima positiva; auto-eficácia; competência social, emocional e cognitiva (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2002). Os familiares, a exemplo da coesão, do respeito, afetividade, práticas educativas positivas e vínculo. E os fatores ambientais, ao modo do bom relacionamento com os professores e os pares, suporte social, bom desempenho acadêmico, justiça social e tolerância (Pesce, Assis, Santos, Oliveira, & Cruz, 2004; Poletto & Koller, 2008).

Entre os fatores de risco individuais estão a baixa auto-estima, as dificuldades de aprendizagem, complicações no nascimento e baixa competência social (WHO, 2005). Os fatores de risco familiares incluem rupturas na família, exposição à violência, negligência, transtornos mentais na família e abuso (Pesce et al., 2004). No ambiente os fatores de risco podem ser associados a discriminação, ao fracasso escolar, a pobreza e a desigualdade social e de gênero (Poletto & Koller, 2008; WHO, 2005).

Os fatores de risco e proteção devem ser vistos como processo e sua análise deve ser contextualizada (Pinheiro, 2004). Um estudo que objetivou analisar os fatores de proteção para os jovens contra problemas internalizantes (manifestados em relação ao próprio indivíduo) e externalizantes (expressos em relação à outras pessoas) (Del Prette & Del Prette, 2005), verificou que não há clareza a respeito da importância de certos fatores de proteção em detrimento de outros, apontando uma falha nas pesquisas em relação à interação dos fatores de proteção, bem como sobre combinações especiais de fatores de proteção. Além disso, evidenciou que são necessárias mais pesquisas em relação ao gênero, por exemplo, se existem fatores de proteção únicos para determinado gênero. Nesse estudo, os fatores de proteção diferiram em relação às diferentes idades e estágios do desenvolvimento. Um fator de proteção em um contexto ou cultura mostrou não ser um fator de proteção em outro. Por fim, alguns fatores foram identificados tanto como protetores, quanto como de risco (Eriksson, Cater, Andershed, & Andershed, 2010).

Mesmo com essas questões em relação aos fatores de risco e proteção, é fato que o desenvolvimento de fatores de proteção contribui para minimizar os efeitos dos riscos e promover um desenvolvimento saudável (Rutter, 1985). Por isso, programas de promoção da saúde mental e de prevenção são importantes. As intervenções voltadas para a promoção contribuem para o aumento dos fatores de proteção, atuando também na redução de fatores de risco. Enquanto que, as intervenções direcionadas para a prevenção

visam à redução de fatores de risco, ainda que também incluam a promoção de fatores protetivos (National Research Council NRC & Institute of Medicine IOM, 2009).

A prevenção de transtornos mentais é definida na saúde pública como a busca da redução da incidência, prevalência e recorrência de transtornos mentais, sintomas ou condições de risco para a saúde mental, prevenindo, retardando ou diminuindo o impacto dos efeitos dos transtornos na pessoa, em seus familiares e na sociedade (Mrazek & Haggerty, 1994). A prevenção é dividida de maneira clássica em primária, secundária e terciária, Nessa classificação, a intervenção voltada para a prevenção primária visa reduzir a incidência de problemas em populações que não apresentam sintomas de transtornos mentais. A prevenção secundária busca diminuir a taxa de prevalência de transtornos através do diagnóstico e do tratamento precoce. A prevenção terciária inclui intervenções que objetivam reduzir a incapacidade, expandir a reabilitação, prevenir recaídas e recorrências de transtornos (WHO, 2004a).

O *Institute of Medicine* (IOM) propôs um novo modelo de classificação que incluiu a prevenção universal, seletiva e indicada dentro da prevenção primária. Nesse novo modelo, a prevenção universal é a intervenção direcionada para toda a população. A prevenção seletiva é aplicada a pessoas ou subgrupos da população cujo risco de desenvolvimento de um transtorno mental é maior que o da população em geral, seja riscos biológicos, psicológicos ou sociais. Por fim, a prevenção indicada é aquela ministrada para a população de alto risco, em que foram identificados sinais e sintomas de transtornos mentais ou marcadores biológicos indicando predisposição para transtornos mentais, mas que ainda não preenchem os critérios diagnósticos de nenhum transtorno mental (Mrazek & Haggerty, 1994).

Os programas de prevenção destacam-se não somente por diminuir a incidência de transtornos, mas por reduzir os gastos dos recursos econômicos de um país. Os

portadores de transtornos mentais diminuem sua produtividade e aumentam a utilização dos serviços disponíveis, reduzindo os recursos disponíveis para o investimento em outras áreas. No caso das crianças e adolescentes a sua produtividade é alterada na escola e a de seus familiares no trabalho devido às preocupações com o jovem. No que concerne ao uso de serviços, os jovens utilizam não somente aqueles ligados à saúde, mas também os vinculados aos serviços sociais e até judiciários (NRC & IOM, 2009).

Um estudo realizado na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, com adolescentes portadores de transtornos mentais entre 13 e 16 anos estimou um gasto de \$894 dólares com cada um nos serviços de saúde mental (Costello, Copeland, Cowell, & Keeler, 2007). Por outro lado, uma pesquisa avaliou o custo benefício de programas de intervenção precoce com crianças ente 0 e 5 anos e verificou que os benefícios por crianças foi de \$11,000 dólares, enquanto os gastos foram de \$5,000 (Aos, Lieb, Mayfiel, Miller, & Pennucci, 2004). Portanto, a prevenção em saúde mental possibilita uma significativa relação custo-benefício.

No entanto, a promoção de saúde mental previne e trata problemas e transtornos (Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). Isso porque, as intervenções que têm como objetivo a promoção da saúde mental desenvolvem aspectos positivos da saúde mental, como valores e competências. Esses aspectos reduzem a incidência de transtornos mentais, fornecem habilidades para o enfrentamento de problemas e geram bem-estar. Logo, programas de prevenção são mais efetivos quando contemplam a promoção de competências em seu currículo (Catalano et al., 2002; Durlak & Wells, 1997).

A diferença entre promoção e prevenção está nos resultados que cada uma objetiva alcançar. A promoção da saúde objetiva o desenvolvimento da saúde mental por meio da melhora do estado psicológico de bem-estar, da competência, da resiliência e do aprimoramento de condições ambientais. A prevenção busca evitar a ocorrência de sintomas e transtornos mentais, porém utiliza estratégias da promoção para atingir seus

objetivos. Da mesma forma, a promoção da saúde, ao facilitar a melhora da saúde da população, tem como objetivo secundário diminuir a ocorrência de transtornos. Logo, a promoção e a prevenção são conceitos distintos, que se inter-relacionam (WHO, 2004b).

No mundo, a pesquisa em prevenção e promoção da saúde mental encontra-se consolidada e em constante expansão. Isso é evidenciado pela união de pesquisadores especializados nesta temática e posterior criação, nos Estados Unidos, em 1991, da *Society for Prevention Research* (<http://www.preventionresearch.org/>). Essa organização também é editora do periódico *Prevention Science Journal* (<http://www.springer.com/public+health/journal/1112>), cujo primeiro número foi lançado em março de 2000, contando já mais de uma década. Além deste periódico especializado, a área dispõe de outros, como o *Mental Health & Prevention* (<http://www.elsevier.com/journals/mental-health-prevention/2212-6570>) e o *Journal of Primary Prevention* (<http://www.springer.com/medicine/journal/10935>). Outra evidência do avanço desta área é a criação, em 2010, da *European Society for Prevention Research* (<http://euspr.org/>). Ambas as sociedades referidas realizam congressos anuais, os quais congregam pesquisadores oriundos de diversos países.

Na América Latina e no Brasil, são ainda inexistentes grupos organizados de pesquisadores da área de prevenção e promoção em saúde mental, assim como periódicos especializados (Oliveira, 2012). No Brasil, esta é uma importante lacuna, pois a criação de redes de pesquisa pode fortalecer as investigações na área e, muito provavelmente, a formação profissional em cursos de graduação e pós-graduação. Contudo, a inexistência de organizações e periódicos científicos no contexto nacional não quer dizer ausência de pesquisa na área. De fato, publicações relativas à prevenção (Aquino & Silva, 2011; Bolsoni-Silva, Silveira, & Marturano, 2008; Brino & Williams, 2008; Murta et al., 2013) e promoção de saúde mental (Minto, Pedro, Netto, Bugliani &

Gorayeb, 2006; Murta et al., 2009; Murta et al., 2012; Rodrigues, Dias, & Freitas, 2010; Silva & Murta, 2009) vem crescendo no País. No entanto, a análise de publicações relativas à avaliação de programas preventivos evidencia pouco diálogo entre esta produção e as políticas públicas (Oliveira, 2012). Uma das possíveis razões para isto é o foco adotado pelas políticas públicas brasileiras em saúde mental, mesmo de crianças e adolescentes, que ainda tem sido a assistência ao portador de transtorno mental.

Políticas Públicas Brasileiras em Saúde Mental

No Brasil, desde o século XIX, a atenção ao portador de transtorno mental ocorria por meio da internação em hospitais psiquiátricos. Eles eram localizados, quase que exclusivamente, nas regiões mais desenvolvidas do país. Somente nos anos 70 a maneira de tratar o portador de transtorno mental começou a mudar no país. Primeiro com transformações no modo de assistir os pacientes e posteriormente com o desenvolvimento de um modelo pautado na comunidade e não mais nos hospitais psiquiátricos.

A criação do Sistema único de Saúde (SUS) no ano de 1988 forneceu as condições necessárias para a implantação de novas políticas na área da saúde mental. Assim, o Ministério da Saúde influenciado pelas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e pelas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu uma nova política de saúde mental. Ela gradativamente orientou a assistência psiquiátrica para um modelo baseado em serviços, que oferecem cuidados na comunidade, em articulação com os recursos dela. A nova política de saúde mental também determinou a implantação de critérios para adequar e humanizar os hospitais especializados.

No ano de 2001, houve a criação da lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apoiado nessa lei, o Estado definiu a Política Nacional de

Saúde Mental, que procura consolidar esse modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso significa um modelo que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos disponíveis na comunidade.

Os municípios brasileiros tem o suporte de uma rede de serviços e equipamentos que auxiliam na implantação desse modelo de atenção aberto e de base comunitária: Centros de Atenção Psicossocial, Leitos de Atenção Integral, Programa de Volta para Casa, Serviços Residenciais Terapêuticos e Centros de Convivência e Cultura. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Os Leitos de Atenção Integral são todos os recursos de hospitalidade e acolhimento da rede de atenção à saúde mental. O Programa de Volta para Casa oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são alternativas de moradia para pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado na comunidade. E os Centros de Convivência e Cultura onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade (Portaria nº 396, 2005).

O Estado brasileiro tem como objetivos da Política Nacional de Saúde Mental:

- 1) reduzir os leitos psiquiátricos de baixa qualidade;
- 2) qualificar, expandir e fortalecer os CAPS, os SRTs e as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG);
- 3) incluir as ações da saúde mental na atenção básica;
- 4) implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas;
- 5) implantar o programa De Volta Para Casa;
- 6) manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica;
- 7) promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado;
- 8) garantir tratamento digno e de qualidade ao portador de

transtorno mental que comete infrações; 9) avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>).

Nesse sentido, a principal preocupação do Estado brasileiro na área da saúde mental tem sido a desinstitucionalização. Por isso, no Brasil, as políticas públicas para a saúde mental das crianças e adolescentes estão bem delineadas somente para os portadores de transtornos mentais graves (Santos, 2006). Nesses casos, existe o Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) que é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente.

As políticas públicas na área de saúde mental voltadas para a infância e adolescência começaram a ser discutidas, no ano de 2004, no Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, constituído pela Portaria GM n.º 1.608, de 3.8.2004. Nele foram debatidas e deliberadas questões sobre a institucionalização de crianças e adolescentes, principalmente as portadoras de transtornos psíquicos (Ministério da Saúde, 2005).

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada no ano de 2010, foi discutida a saúde mental na infância, adolescência e juventude como uma agenda prioritária para a atenção integral a saúde. Nessa Conferência, além de ratificar o acesso ao tratamento de transtornos mentais, também foram discutidos aspectos relacionados à ações de promoção, prevenção e proteção em saúde mental determinando a garantia “da elaboração intersetorial de projetos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, que envolvam setores da sociedade civil, recursos locais e comunitários, os setores da assistência social, educação, esporte, lazer, cultura, saúde mental e atenção básica, dirigidos à infância e adolescência, de acordo com os princípios do SUS” (Ministério da Saúde, 2010, p.96).

As conferências nacionais são momentos de deliberação e participação social que estabelecem diretrizes para a formulação de políticas públicas em âmbito federal. Elas são convocadas pelo Poder Executivo por meio dos ministérios e secretarias, organizadas tematicamente e são compostas por representantes do Estado e da sociedade civil (Pogrebinski & Santos, 2011). Logo, a preocupação com a elaboração de projetos na área de prevenção e promoção em saúde mental presente na IV Conferência Nacional de Saúde Mental demonstra uma mobilização da sociedade para provocar mudanças nas políticas públicas brasileiras na área da saúde mental.

As políticas públicas brasileiras em saúde mental, ao focarem quase que exclusivamente naqueles que já apresentam algum transtorno mental, contribuem somente para a recuperação da saúde mental e não para a prevenção e promoção da saúde mental de toda população. O cuidado aos portadores de transtorno mental é indispensável, porém é fundamental prevenir a ocorrência de psicopatologias e promover a saúde mental.

Mudanças necessárias para o avanço da prevenção e promoção da saúde mental na infância e adolescência

A saúde mental na infância e adolescência é um pré-requisito para o desenvolvimento saudável ao longo da vida. Ela contribui para o estabelecimento de relações sociais produtivas, aprendizagem eficaz, desenvolvimento da capacidade de cuidar de si mesmo, assim como para a saúde física e para uma participação econômica eficaz como adulto (WHO, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Art. 7.º, afirma que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Lei nº 8.069, 1990). Dessa forma, e

necessário promover a saúde mental de todas as crianças e adolescentes, e não somente daqueles que apresentam transtornos ou problemas relacionados à saúde mental. Porém, crianças e adolescentes são populações distintas, cada uma com sua especificidade, contextos próprios e comportamentos característicos (WHO, 2005). Por isso, as intervenções devem ser específicas para cada fase. Além disso, quanto mais precoce a intervenção, melhores são as chances de se proporcionar um desenvolvimento saudável ao longo da vida (Mercy & Saul, 2009; WHO, 2004b)

A OMS estabeleceu três motivos para que as intervenções sejam desenvolvidas especificamente para essa população: 1) devido ao fato de os transtornos mentais específicos ocorrerem em determinadas fases do desenvolvimento da infância e da adolescência, os programas de intervenção para esses transtornos podem ser direcionados para a fase em que eles são mais prováveis a aparecer; 2) uma vez que existe um elevado grau de continuidade entre os transtornos da infância e da adolescência e os transtornos da idade adulta, a intervenção precoce pode evitar ou reduzir a probabilidade de prejuízo em longo prazo; 3) intervenções eficazes reduzem as consequências sobre o indivíduo e a família, e reduzem os custos para os sistemas de saúde e para as comunidades (WHO, 2005).

Portanto, as intervenções devem ser desenvolvidas para cada fase do desenvolvimento, devem ser precoces e eficazes. Por isso, a promoção da saúde mental deve ser direcionada a toda população de crianças e adolescentes, mesmo àquela que não apresenta transtorno. Isso exige uma mudança nas políticas públicas brasileiras, uma vez que, o principal foco delas é a assistência ao portador de transtorno mental. Porém, a elaboração da política pública não é condição suficiente para ela ser praticada. É fundamental elaborar estratégias que facilitem a sua implementação, um exemplo disso são os CAPS que funcionam como dispositivo estratégico da Política Nacional de Saúde Mental, e fiscalizar o cumprimento das políticas. Além disso, é necessário que o

Estado invista no desenvolvimento de programas de intervenção efetivos.

Dois modelos de programas de intervenção tem sido estudados com resultados efetivos para o desenvolvimento da saúde mental de crianças e adolescentes. Os programas voltados para a prevenção (Aquino & Silva, 2011; Bolsoni-Silva et al., 2008; Brino & Williams, 2008; Murta et al., 2013) e aqueles destinados à promoção da saúde (Minto et al., 2006; Murta et al., 2009; Murta et al., 2012; Rodrigues et al., 2010; Silva & Murta, 2009), ambos realizados por meio da promoção de competências.

As intervenções focadas somente na promoção de competências no indivíduo são necessárias, mas não são suficientes para a promoção da saúde mental. Uma vez que, a saúde envolve também aspectos sociais e culturais. Para que as intervenções sejam efetivas e promovam o bem-estar é necessário que elas foquem em quatro dimensões: 1) a competência; 2) a resiliência; 3) a mudança no sistema social; 4) e o empoderamento (*empowerment*) (Cowen, 1991).

A competência representa a capacidade do indivíduo de realizar bem as tarefas que lhe foram atribuídas. Nessa dimensão estão também as competências de vida, denominadas habilidades de vida, que estão relacionadas com o bem-estar. A sua ausência provoca uma desadaptação. A maioria dessas habilidades é construída ao longo da infância, por isso é primordial estudá-las e criar programas de intervenção eficazes nessa fase para desenvolvê-las (Cowen, 1991).

A resiliência refere-se à capacidade de um desenvolvimento sadio mesmo na presença de diversos fatores de risco. A competência está intimamente ligada à resiliência, sua presença aumenta a resiliência e sua ausência dificulta que uma criança se torne resiliente em determinado contexto (Sapienza & Pedromônico, 2005).

A modificação do sistema social é uma dimensão a ser considerada para a promoção do bem-estar. As instituições podem influenciar de modo positivo ou

negativo no desenvolvimento das crianças. Deve-se verificar o tipo de influência de cada instituição e modificá-la caso ela esteja prejudicando. Entre essas instituições estão: as escolas, as igrejas e as comunidades.

O empoderamento reforça a concepção de que o bem-estar de um indivíduo não é responsabilidade exclusiva dele e nem de uma instituição específica. Ele envolve a promoção de políticas e de condições que devolvam as pessoas o controle sobre suas próprias vidas (Cowen, 1991).

Essas dimensões estabelecidas por Cowen (1991) como responsáveis pela promoção do bem-estar, parecem estar em consonância com uma nova abordagem de programas de intervenção, que surgiu na última década, denominada Desenvolvimento Positivo. Essa nova abordagem visa promover em contextos ecológicos o acesso de crianças e adolescentes às experiências positivas, recursos e oportunidades que vão gerar um desenvolvimento saudável. Adicionalmente, reconhece que as crianças e adolescentes são protagonistas em seu desenvolvimento (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma Jr., 2006; Damon, 2004; Park, 2004;).

A abordagem do Desenvolvimento Positivo postula que a pessoa e o contexto interagem mutuamente, de modo que a melhora de um provoca o desenvolvimento do outro. O desenvolvimento de competências na pessoa deve vir acompanhado de melhorias em seu contexto (escola, família, comunidade e pares) para promover o desenvolvimento do bem-estar e para que o indivíduo prospere (Benson et al., 2006). Dessa forma, programas de Desenvolvimento Positivo funcionam tanto como promotores de saúde mental quanto como mecanismos de prevenção de transtornos mentais (Catalano et al., 2002).

Um exemplo de um programa baseado nessa abordagem realizado nos Estados Unidos é o *Big Brothers/Big Sisters* que existe há mais de 90 anos. Ele ilustra o poder que a mudança no contexto provoca na pessoa e no seu desenvolvimento. Seu objetivo é que

os jovens utilizem a estrutura e recursos do programa para estabelecer um relacionamento com mentores adultos que apresentam habilidades pró-sociais. Um estudo avaliou esse programa por meio de um delineamento experimental em que dois grupos de jovens entre 10 e 16 anos foram aleatoriamente designados para o grupo de tratamento (487 jovens) e para o grupo de lista de espera (472 jovens). O programa teve duração de pelo menos 1 ano e exigiu dos mentores várias horas de dedicação duas a quatro vezes por mês. O resultado do *follow-up* realizado 18 meses após o término do programa mostrou que os participantes do grupo de tratamento apresentaram 27,4% menos chance de ingerir álcool, uma probabilidade 46% menor de usar drogas, uma chance um terço menor de agredir alguém, atitudes mais positivas em relação à escola, melhor desempenho acadêmico e melhora no relacionamento com os pais, quando comparados aos participantes do grupo da lista de espera (Tierney, Grossman, & Resch, 1995).

A abordagem do Desenvolvimento Positivo pode ser uma alternativa para os programas de intervenção brasileiros. Uma vez que, ela combina em seus programas componentes voltados tanto para a prevenção, quanto a promoção, além de intervir nos aspectos individuais, sociais e ambientais. Soma-se o fato de que os programas baseados no Desenvolvimento Positivo são realizados junto à comunidade possibilitando uma mudança de valores que torna a prevenção e a promoção da saúde mental uma prática habitual entre os envolvidos (Catalano et al., 2002).

Contudo, além de se investir em programas de intervenção efetivos, deve-se criar uma infraestrutura que consiga disseminar intervenções eficazes da pesquisa para a prática. Essa infraestrutura requer três sistemas inter-relacionados. O primeiro refere-se a sintetizar e traduzir as informações sobre intervenções eficazes de modo acessível e de fácil utilização para os profissionais. O segundo sistema envolve construir a motivação e as habilidades em indivíduos, organizações e comunidades para que eles se tornem capazes de realizarem

atividades de prevenção e promoção baseadas em evidências. Finalmente, o terceiro sistema trata da implementação de intervenções alta qualidade em nível nacional, estadual ou local (Wandersman et al., 2008). A promoção de alianças colaborativas entre a ciência e a prática para que elas possam trabalhar juntas na concepção, implementação e avaliação de programas de prevenção, conduzem a um aumento na qualidade das intervenções implementadas e nas políticas elaboradas (WHO, 2004a). Além disso, o custo com a prevenção é significativamente menor quando comparado aos custos econômicos e sociais envolvidos com o tratamento e a promoção da saúde mental das crianças e adolescentes fornece benefícios não somente a elas, mas a todos os contextos de que elas participam ao potencializar suas capacidades (NRC & IOM, 2009).

Considerações Finais

As conquistas do Brasil na área das políticas públicas em saúde mental foram significativas. O País evoluiu de um modelo institucionalizado que desumanizava, para um sistema que respeita e fornece direitos às pessoas com transtornos mentais. Ademais, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (Ministério da Saúde, 2010) sinaliza uma preocupação dos diversos setores da sociedade com a prevenção e a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. Porém, esses avanços representam somente o início das mudanças necessárias na área de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil.

Ainda é necessário ampliar o foco das políticas públicas para que elas incluam ações sistemáticas e sólidas de prevenção e promoção da saúde mental de crianças e adolescentes que ainda não apresentam sintomas de transtornos mentais. Utilizando-se dessa ampliação, o Estado poderá investir no desenvolvimento de programas de intervenção efetivos voltados para a prevenção e promoção, e não somente para o

tratamento, além de fomentar a disseminação dos mesmos. O investimento em prevenção e promoção de saúde mental poupa gastos futuros e contribui para o desenvolvimento das potencialidades de crianças e adolescentes produzindo o seu empoderamento.

Além disso, os pesquisadores da área de prevenção e promoção em saúde mental precisam criar organizações que reunam os profissionais e facilitem o intercâmbio de informações. Isso contribuiria de forma a proporcionar uma evolução acadêmica e prática da área, auxiliando no financiamento de pesquisas e na disseminação das informações.

Ressaltam-se as potencialidades da abordagem do Desenvolvimento Positivo para o cenário nacional. Ela evidencia uma combinação eficaz de programas voltados tanto para a promoção, quanto para a prevenção, o que pode ser uma possibilidade para fundamentar a elaboração de programas de intervenção brasileiros. Ademais, ela suscita a atuação junto à comunidade colaborando na modificação do sistema social, aspecto fundamental para a promoção do bem-estar, além de favorecer uma atuação multidisciplinar. Por fim, espera-se que este artigo contribua para promover discussões e mudanças que resultem em práticas voltadas para a prevenção e para a promoção da saúde mental das crianças e adolescentes brasileiros, de modo a modificar a incidência de transtornos mentais nessa população e proporcionar o desenvolvimento de suas potencialidades.

Referências

- Aos, S., Lieb, R., Mayfiel, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. (No. 04-07-3901). Olympia: Washington State Institute for Public Policy. Retirado de: <http://www.wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-07-3901>.
- Aquino, T. A. A., & Silva, J. P. (2011). Avaliação de uma proposta de prevenção ao vazio existencial com adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 146-159. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100013>.

- Associação Brasileira de Psiquiatria (2008). *Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos*. Retirado de <http://www.abp.org.br/medicos/pesquisas/>.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma Jr., A. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. In W. Damon & R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 894-941). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., Sesma Jr., A., Hong, K. L., & Roehlkepartain, E. C. (2006). Positive youth development so far core hypotheses and their implications for policy and practice. *Search Institute Insights & Evidence*, 3, 1, 1-13. Retirado de : <http://www.search-institute.org/search-institute-insights-evidence>.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 125-142. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452008000200002&script=sci_arttext.
- Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2008). Capacitação de professores como agentes de prevenção do abuso sexual. *Revista Teoria e Prática da Educação*, 11, 190-198. Retirado de <http://www.dtp.uem.br/rtp/volumes/v11n2/008-artigo-rachel-lucia-190-198.pdf>.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, 15, 98-124. DOI:10.1037/1522-3736.5.1.515a.
- Costello, E.J., Copeland, W., Cowell, A., & Keeler, G. (2007). Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community, 1993-2000. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 36-42. Retirado de: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=97644>.

- Cowen, E. L. (1991). In Pursuit of Wellness. *American Psychological Association*, 46, 4, 404-408. DOI: 10.1037/0003-066X.46.4.404.
- Damon, W. (2004). What is positive development?. *The Annals of the American Academy*, 591, 13-24. DOI: 10.1177/0002716203260092.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette A., (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 2, 115-152. Retirado de: http://hmprg.org/assets/root/PDFs/2012/07/prevention_meta_analysis_durlak_wells_1997.pdf.
- Eriksson, I., Cater, A., Andershed, A., & Andershed, H. (2010). What we know and need to know about factors that protect youth from problems: A review of previous reviews, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 477–482. DOI:10.1016/j.sbspro.2010.07.127.
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2002). Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24,1, 2. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100002>.
- Lei nº 10.216/01, de 6 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990* (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.

- Mercy, J. A., & Saul, J. (2009). Creating a healthier future through early interventions for children. *Jama*, *301*, 21, 2262-2264. DOI:10.1001/jama.2009.803.
- Ministério da Saúde (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf.
- Ministério da Saúde (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*. Brasília, DF. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reifinal_IV.pdf.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, *11*, 3, 561-568. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300012>.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC. Retirado de <http://www.nap.edu/catalog/2139.html>.
- Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L., & Prado, M. M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: Avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, *14*, 3, 181-189. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300001>.
- Murta, S. G., Ribeiro, D. C., Rosa, I. O., Menezes, J. C. L., Rieiro, M. R. S., Borges, O., . . . & Del Prette, Z. A. P. (2012). Programa de habilidades interpessoais e direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes: Um relato de experiência. *Psico-USF*, *17*, 1, 21-32. . Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000100004>.
- Murta, S. G., Santos, B. R. P., Nobre, L. A., Araújo, I. F., Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. O., & Franco, C. T. P. (2013). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. Manuscrito aceito para publicação.

- National Research Council, & Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press. Retirado de: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12480.
- Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade de Brasília, Brasília.
- Park, N. (2004). Character strengths and positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 1, 40-54. Retirado de: <http://www.jstor.org/stable/4127634>.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 2, 135-143. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 1, 67-75. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>.
- Pogrebinschi, T., & Santos, F. (2011). Participação como representação: O impacto das conferências nacionais de políticas públicas no congresso nacional. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 54, 3, 259-305. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582011000300002>.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25, 3, 405-416. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>.
- Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005 (2005). Aprovar as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental

- do SUS. Brasília, DF. Retirado de
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>.
- Ramires, V. R. R., Benetti, S. P. C., Silva, F. J. L., & Flores, G. G. (2009). Saúde mental de crianças no Brasil: Uma revisão de literatura. *Interação em Psicologia*, 13, 2, 311-322. Retirado de:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2.2.4/index.php/psicologia/article/view/7601/11376>.
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P., & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resolução de problemas interpessoais na escola: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15, 831-839. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400019>.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
DOI:10.1192/bjp.147.6.598.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11, 2, 315-32. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200010>.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 1, 2, 209-216. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>.
- Silva, M. P., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: Uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22, 1, 136-143. Retirado de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100018>.
- Tierney, P., Grossman, J. B., & Resch, N. L. (1995). c Philadelphia, PA: Public/Private Ventures. Retirado de http://www.bbbsofbc.org/pdfs/111_publication.pdf.

- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition?.
World Psychiatry, 11, 93-99. Retirado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363378/>.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., . . . & Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 171-181. DOI: 10.1007/s10464-008-9174-z.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist, 60*, 6, 628-648. DOI: 10.1037/0003-066X.60.6.628.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) Retirado de
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: Strengthening our response*. (Fact sheet, No. 220). Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- World Health Organization. (2003). *The world health report : 2003 : Shaping the future*. Retirado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.
- World Health Organization. (2004a). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Retirado de
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
- World Health Organization. (2004b). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Retirado de
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Retirado de

http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

MANUSCRITO II

DESENVOLVIMENTO POSITIVO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA

PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Resumo

A união de diversas áreas do saber como a psicologia do desenvolvimento, a saúde pública, a promoção da saúde, a prevenção, a sociologia, o serviço social, a medicina e a educação suscitou a promoção de competências e da saúde de jovens, constituindo uma nova abordagem, o Desenvolvimento Positivo. O presente artigo descreve a origem, a definição, o embasamento e o impacto que essa nova abordagem provoca na área da prevenção em saúde mental. Ademais, discute-se a inserção dessa nova abordagem no Brasil. Conclui-se que essa abordagem representa uma nova visão sobre o papel das crianças e adolescentes na sociedade e por isso exige mudanças políticas e culturais para sua implementação. Espera-se que este artigo incite os profissionais ligados à saúde mental no Brasil sobre essa nova abordagem e impulse estudos que adotem essa perspectiva.

Palavras-chaves: saúde mental, prevenção, promoção da saúde.

Abstract

The union of several fields of knowledge such as developmental psychology, public health, health promotion, prevention, sociology, social work, medicine and education prompted the promotion of skills and health of young people constituting a new approach called the Positive Development. This article aims to describe the origin, definition, the basement and the impact that this new approach provokes in the area of mental health promotion. Moreover, it's discusses the inclusion of this new approach in Brazil. It is conclude that this approach represents a new vision of the role of children and adolescents in society and therefore requires political and cultural changes to its implementation. It is hope that this article encourages the professionals related to mental health in Brazil about this new approach and boost studies that adopt this perspective.

Keywords: mental health, prevention, health promotion.

Desenvolvimento Positivo: Uma Nova Abordagem para Prevenção em Saúde Mental

“Problem-free isn’t fully prepared. And fully prepared isn’t fully engaged.”

(Pittman, 1999, p.1).

Estar livre de problemas não significa estar totalmente preparado. E estar totalmente preparado não significa estar comprometido. Essas frases representam a mensagem de que promover o desenvolvimento não é apenas construir competência, confiança, caráter e vínculos positivos em crianças e adolescentes. Trata-se de envolver ativamente os jovens no seu próprio desenvolvimento, de seus pares, famílias, escolas, comunidades, culturas e países. Essa mensagem retrata uma nova visão sobre as práticas necessárias para que ocorra o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Essa nova visão culminou com o surgimento da abordagem do Desenvolvimento Positivo.

O presente artigo objetiva discorrer sobre a origem, a definição, o embasamento e o impacto que essa nova abordagem provoca na prevenção em saúde mental. Por fim, discute-se a inserção dessa abordagem no Brasil.

A Origem da Abordagem do Desenvolvimento Positivo

Estudos longitudinais iniciados na década de 80 na área de prevenção mostraram fatores de risco e de proteção sociais e familiares envolvidos em comportamentos problemáticos de crianças. A constatação da influência social e familiar na prevenção de problemas na infância levou ao surgimento de atividades voltadas à melhoria da qualidade de vida em comunidades nos Estados Unidos, com a criação de centros de recreação e de programas de treinamento para trabalhadores (National Research Council NRC & Institute of Medicine IOM, 1996).

Essa nova proposta nas comunidades provocou uma mudança no foco dos

estudos na área de prevenção. Ao invés da investigação de problemas, como a delinquência juvenil e o uso de drogas, eles passaram a se dedicar à pesquisa de aspectos sociais envolvidos em interações positivas de crianças e adolescentes com suas famílias, pares e escola. A ampliação do estudo das relações entre a criança, o adolescente e seu meio promoveu a união dos pesquisadores de prevenção com outras áreas do conhecimento como a sociologia e a antropologia, o que evidenciou a necessidade de abordagens mais amplas na área que pensassem o ser humano de maneira ecológica (Catalano, Berglund, Ryan, Loneyak, & Hawkins, 2002).

A união destas várias áreas do conhecimento incluindo a psicologia do desenvolvimento, a saúde pública, a promoção da saúde, a prevenção, a sociologia, o serviço social, a medicina e a educação, com o objetivo comum de promover competências e a saúde de jovens, constituiu uma nova abordagem, o Desenvolvimento Positivo da Juventude - *Positive Youth Development* - (juventude refere-se a crianças e adolescentes). Neste trabalho, optou-se por retirar o termo juventude para evitar confusões em relação à juventude como se referindo estritamente ao jovem adulto.

A Perspectiva do Desenvolvimento Positivo

Durante a última década, o Desenvolvimento Positivo apresentou-se como uma abordagem para o desenvolvimento com uma visão mais positiva das crianças e adolescentes, concebendo-os como recursos e não como problemas para a sociedade. Uma visão de uma criança plenamente capaz, ansiosa para explorar o mundo, tornar-se competente, e adquirir a capacidade de contribuir de maneira importante para o mundo (Lerner, Almerigi, Theokas, & Lerner, 2005).

A abordagem do Desenvolvimento Positivo prevê que se as crianças e os adolescentes têm relações mutuamente benéficas com as pessoas e instituições de seu

mundo social, eles estarão no caminho para um futuro de esperança marcado por contribuições positivas para si mesmo, sua família, sua comunidade e para a sociedade civil. Ou seja, eles irão prosperar (Lerner et al., 2005).

O objetivo do Desenvolvimento Positivo é construir e fortalecer as habilidades que permitem às crianças e adolescentes crescerem e prosperarem (engajar-se ativamente em contextos de apoio) ao longo da vida. Por isso, ele visa a compreender, educar e envolver crianças e adolescentes em atividades produtivas ao invés de corrigi-las, curá-las, ou tratá-las para as tendências inadequadas (Damon, 2004; Park, 2004).

Definindo Desenvolvimento Positivo

A natureza interdisciplinar do termo Desenvolvimento Positivo e o fato de se tratar de um campo novo de estudo, contribuem para a proliferação de definições e a dificuldade de consenso entre os pesquisadores da área. Cada definição foca em algumas ideias centrais do Desenvolvimento Positivo, mas não consegue abranger todos os aspectos envolvidos no campo. Essas ideias centrais incluem: o contexto em que o desenvolvimento ocorre; a visão sobre a natureza da criança com ênfase na capacidade inerente de crescer e prosperar; as forças do desenvolvimento (atributos da pessoa como habilidades, competências, valores); a redução de comportamentos de risco; e a promoção da capacidade de prosperar (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma Jr., 2006).

Na área do Desenvolvimento os cientistas definem o termo como a união de características psicológicas, comportamentais e sociais que refletem o que eles denominam de Cinco Cs, que são: a competência, a confiança, a conexão, o caráter e o cuidado/compaixão (*competence, confidence, connection, character e caring/compassion*). A competência refere-se a uma imagem positiva das ações do outro em domínios específicos: social, acadêmico, cognitivo e vocacional; a confiança

representa um sentimento de valorização de si mesmo e de autoeficácia; a conexão diz respeito aos vínculos positivos com as pessoas que convive na escola, na família e na comunidade; o caráter refere-se ao respeito pelas normas sociais, culturais e morais; e o cuidado/compaixão representa o sentimento de empatia pelos outros. O desenvolvimento desses Cinco Cs origina o que os cientistas têm denominado de Sexto C, que é a contribuição da criança ou adolescente para ele mesmo, para a família, a comunidade e a sociedade (Eccles & Gootman, 2002).

Sob uma perspectiva política o Desenvolvimento Positivo é definido como o fornecimento de serviços e oportunidades para que crianças e adolescentes desenvolvam um senso de competência, pertencimento, utilidade e empoderamento. Esse fornecimento de serviços e oportunidades é mais efetivo quando oferecido a toda comunidade e não somente ao jovem (National Clearing House on Families & Youth NCHFY, 2001).

Catalano et al. (2002) conduziram uma pioneira revisão de programas de Desenvolvimento Positivo nos Estados Unidos da América com o financiamento do *National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)* na qual criaram uma definição operacional do termo Desenvolvimento Positivo. Nessa definição, programas de Desenvolvimento Positivo são aqueles que buscam promover um ou mais dos seguintes aspectos: resiliência, vínculo, competência social, competência emocional, competência cognitiva, competência comportamental, competência moral, autodeterminação, espiritualidade, autoeficácia, identidade positiva, a crença no futuro, o reconhecimento para o comportamento positivo, oportunidades para o envolvimento pró-social e as normas pró-sociais.

Embora existam várias definições diferentes de Desenvolvimento Positivo pode-se perceber um consenso entre elas a respeito de seis princípios: (1) a crença de que todas as crianças e adolescentes possuem uma capacidade inerente de crescer e se desenvolver de

modo positivo; (2) a percepção de que a trajetória do crescimento positivo é ativada quando crianças e adolescentes são inseridos em relações, contextos e ecologias que nutrem seu desenvolvimento; (3) a concepção de que o Desenvolvimento Positivo é promovido quando a criança e o adolescente participam de múltiplas relações, contextos e ecologias ricas em nutrientes; (4) a constatação de que as estratégias e táticas para a promoção do desenvolvimento desses ativos podem variar em função da localização social da criança e do adolescente; (5) a consideração da comunidade como um ambiente favorável para a promoção do Desenvolvimento Positivo; (6) a percepção das crianças e dos adolescentes como os principais atores de seu próprio desenvolvimento e como recursos significativos para a criação dos tipos de relações, contextos, ecologias e comunidades que permitem o Desenvolvimento Positivo (Benson et al., 2006).

As Bases Teóricas do Desenvolvimento Positivo

A importância da interação da criança e do adolescente com o ambiente físico e social na promoção do Desenvolvimento Positivo remete ao Modelo Bioecológico do desenvolvimento. Ademais, outras teorias do desenvolvimento que identificam tarefas, desafios e competências requeridas durante a infância e adolescência também fornecem os alicerces para a construção da abordagem positiva do desenvolvimento. Destacam-se na literatura sobre Desenvolvimento Positivo a Teoria do Apego e a Teoria da Identidade de Erikson (Catalano et al., 2002).

Modelo Bioecológico

Desenvolvido no final da década de 70 por Urie Bronfenbrenner (1917-2005) e inicialmente nomeado de Teoria dos Sistemas Ecológicos, o Modelo Bioecológico é visto pelos cientistas do desenvolvimento humano como uma grande contribuição para a

compreensão da ontogenia humana (Bronfenbrenner, 1977; 2005). A mudança em seu nome foi realizada pelo próprio autor ao perceber que sua primeira versão da teoria enfatizava demasiadamente o contexto, deixando a pessoa em segundo plano. Após a reelaboração da teoria o autor acrescentou outros componentes e propôs interações mais dinâmicas aos elementos, resultando no que atualmente é denominado Modelo Bioecológico (Narvaz & Koller, 2004). Em seu Modelo, Bronfenbrenner propõe que o desenvolvimento humano deve ser estudado por meio da relação existente entre quatro núcleos: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner, 2005).

O processo refere-se à interação entre a pessoa e o ambiente. Quando existem formas particulares de interação entre organismo e meio ambiente de modo regular ao longo do tempo, esse processo é denominado processos proximais. Os processos proximais são definidos de acordo com cinco aspectos: (1) para que o desenvolvimento ocorra, a pessoa envolvida deve estar engajada na atividade; (2) a interação da pessoa com a atividade deve ocorrer de forma regular por um longo período de tempo; (3) as atividades devem se tornar mais complexas com o passar do tempo; (4) deve haver reciprocidade entre as relações interpessoais; (5) os objetos e símbolos envolvidos na atividade devem estimular a atenção, a exploração, a imaginação e a manipulação da pessoa que está interagindo (Bronfenbrenner, 1999).

Os processos proximais são capazes de gerar dois tipos de efeitos: competência e disfunção. O primeiro refere-se à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar seu próprio comportamento; o segundo refere-se à dificuldade de manter o controle e a integração em diferentes domínios do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999). Destaca-se a importância da aquisição de competências tanto no Modelo Bioecológico, quanto na abordagem do Desenvolvimento Positivo para que o indivíduo seja apto a controlar seu próprio

comportamento e se relacionar de maneira saudável.

A pessoa é tanto produto quanto produtora de desenvolvimento no modelo bioecológico. Ela é constituída tanto por características determinadas biologicamente quanto por características resultantes da interação da pessoa com o ambiente ao longo do tempo. Além de influenciar a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais, atribuindo a pessoa parte da responsabilidade por seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999; 2005; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Essa responsabilidade que cada um possui de influenciar seu desenvolvimento corrobora a visão que a abordagem do Desenvolvimento Positivo traz em relação às crianças e aos adolescentes. Porquanto, elas são vistas como capazes de crescer e se desenvolver positivamente.

Existem três grupos de características da pessoa que atuam nesse desenvolvimento e influenciam os processos proximais, são eles: força, recursos e demandas. A força diz respeito às características ou tendências de comportamentos que podem promover o desenvolvimento dos processos proximais ou impedir que eles ocorram, sendo denominadas de características geradoras, quando orientam ativamente o comportamento e de características desorganizadoras, quando dificultam que a pessoa tenha controle sobre seus comportamentos ou emoções. Os benefícios das forças geradoras para o desenvolvimento efetivo dos processos proximais reiteram a capacidade que a própria criança e adolescente tem de crescer que é também uma concepção presente na abordagem do Desenvolvimento Positivo.

Os recursos são componentes biopsicológicos como experiências, habilidades e conhecimento responsáveis pelo bom funcionamento dos processos proximais conforme a fase do desenvolvimento. Podem ser denominados de competências, quando contribuem para que os processos sejam efetivos, e de deficiências, quando prejudicam

a capacidade de a pessoa se envolver nos processos (Narvaz & Koller, 2004).

As demandas referem-se às características que favorecem ou dificultam as relações do ambiente social, estimulando ou impedindo o desenvolvimento dos processos proximais. Dentre essas características estão, sexo, gênero, idade e etnia (Narvaz & Koller, 2004). As influências desses aspectos também são previstas na abordagem do Desenvolvimento Positivo. Embora, a criança e o adolescente sejam vistos como capazes de se desenvolverem, essa capacidade sofre interferências culturais, sociais e dependem da localização social.

O contexto envolve a interação de quatro níveis ecológicos - o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema - inter-relacionados de modo que cada nível compõe o próximo nível. O microsistema é composto pelo complexo de relações diretas entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente com o qual ela está interagindo, seja ele, físico, social ou simbólico. O mesossistema é constituído pelo conjunto de relações entre a pessoa em desenvolvimento e os vários ambientes em que ela interage num determinado período da sua vida, ou seja, é o conjunto dos microsistemas. O exossistema é composto pelos contextos sociais que, embora não estejam envolvidos diretamente com a pessoa, ainda assim influenciam seu comportamento e seu desenvolvimento. Por fim, o macrosistema não se refere a um contexto, mas aos padrões globais de cultura e subcultura (Bronfenbrenner, 1996; 2005).

Essa influência do contexto no processo de desenvolvimento é evidenciada também na abordagem do Desenvolvimento Positivo. As crianças e adolescentes podem ser estimuladas a crescer por meio de relações e ambientes saudáveis.

O tempo, denominado também de cronossistema, permite avaliar o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, sob a perspectiva das mudanças que ocorrem com a pessoa, com o ambiente e na interação entre ambos. No modelo

bioecológico o tempo deve ser analisado em três níveis: o microtempo, o mesotempo e o macrotempo. O microtempo compreende a continuidade e descontinuidade de pequenos episódios dos processos proximais. O mesotempo diz respeito à periodicidade dos episódios considerando um tempo mais longo como dias e semanas. O macrotempo refere-se aos eventos em mudança, às expectativas que ocorrem na sociedade através das gerações, e ao modo como esses eventos e expectativas são influenciados pelo desenvolvimento das pessoas (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

O fato de a abordagem do Desenvolvimento Positivo focar nas crianças e adolescentes indica a importância que ela atribui ao tempo. Ela defende as fases iniciais como momentos propícios para intervenções que visem ao desenvolvimento saudável. Além disso, ao perceber a necessidade de intervir com a família, a escola e a comunidade para que eles favoreçam o desenvolvimento ao longo da vida, a abordagem reconhece a influência do macrotempo.

Teoria do Apego

A teoria do apego foi criada por John Bowlby (1907-1990) quando ele começou a estudar os efeitos do afastamento da criança pequena de sua mãe e sua relocação em um lugar estranho com uma pessoa desconhecida. Inicialmente Bowlby (1985) estudou esse fenômeno sob o ponto de vista da psicanálise freudiana. Porém, sua insatisfação com o modelo de Freud o fez desenvolver seu próprio paradigma de estudo que, embora seja baseado na psicanálise, envolve também outras teorias, como a teoria do controle.

Durante os primeiros anos de vida o comportamento de apego provê a ocorrência de laços afetivos ou apegos entre a criança e seu cuidador construindo um padrão de apego que irá permanecer nas suas relações quando adulto. A abordagem do Desenvolvimento Positivo também evidencia a importância do apego nos primeiros

anos e a influência das relações entre pais e filhos para o crescimento saudável ao longo da vida. Uma vez que, ela propõe a construção de relações familiares nutritivas, pautadas na compreensão, educação e no envolvimento de crianças e adolescentes em atividades produtivas, como instrumento de promoção do Desenvolvimento Positivo.

Todavia, essa relação saudável entre a criança e seu cuidador nem sempre ocorre, originando tipos de apego não saudáveis (Bowlby, 1984; 1985). Existem vários tipos de apego estudados por pesquisadores depois de Bowlby (1984; 1985), porém os três mais frequentes são: seguro, ansioso-ambivalente e ansioso-evitativo. O apego seguro reflete pais presentes e disponíveis para as crianças. O apego ansioso-ambivalente refere-se a pais inconstantes, gerando nos filhos tanto emoções de desejo da presença dos pais, quanto de ressentimento em relação a sua ausência. O apego ansioso-evitativo descreve pais não responsivos que fazem os filhos os evitarem (Mosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006).

As relações de apego inseguras funcionam como fatores de risco; já as relações de apego seguras são responsáveis pelo estabelecimento e manutenção da autoestima e da autoeficácia, que são considerados fatores de proteção. Os fatores de risco referem-se a aspectos biológicos, familiares e sociais que aumentam a probabilidade de a criança desenvolver uma desordem emocional ou comportamental. Os fatores de proteção são condições que diminuem ou neutralizam os efeitos dos fatores de risco, podem ser atributos individuais, familiares ou sociais (Garmezy, 1985). Por isso, a abordagem do Desenvolvimento Positivo, ao focar no estabelecimento de relações mais saudáveis entre crianças, adolescentes e suas famílias, visa a aumentar os fatores de proteção.

Teoria da Identidade de Erikson

Erik Erikson (1902–1994), em sua teoria do desenvolvimento da identidade,

criada na década de 50, divide o desenvolvimento humano em oito estágios interdependentes, que formam uma sequência. Cada estágio é marcado por uma crise cujo resultado satisfatório levará ao desenvolvimento de determinada competência na pessoa. O nome de cada estágio traduz a crise presente, são eles: confiança *versus* desconfiança, autonomia *versus* vergonha e dúvida, iniciativa *versus* culpa, diligência *versus* inferioridade, identidade *versus* confusão de papel, intimidade *versus* isolamento, generatividade *versus* estagnação, integridade do ego *versus* desesperança (Erikson, 1963). A compreensão dessa interdependência entre os estágios direciona o foco da abordagem do Desenvolvimento Positivo para a infância e adolescência. Uma vez que, sendo essas as fases iniciais, elas irão influenciar o desenvolvimento ao longo da vida.

A insatisfação nas resoluções das crises aumenta o risco para o desenvolvimento de psicopatologias; já a resolução satisfatória de cada estágio promove o desenvolvimento de uma força básica ou virtude, que são nesta ordem: a esperança, a vontade, o objetivo, a competência, a fidelidade, o amor, o cuidar e a sabedoria. Uma força básica só se desenvolve se a força básica da fase anterior for confirmada (Erikson, 1963). A abordagem do Desenvolvimento Positivo ao promover a aquisição de competências nos primeiros estágios contribui para a resolução satisfatória dos mesmos. Logo, previne a ocorrência de psicopatologias que podem surgir quando há insatisfação nas resoluções das crises.

O Modelo Bioecológico, a Teoria do Apego e a Teoria da Identidade de Erikson ressaltam a importância do contexto no desenvolvimento. Outra grande contribuição oriunda dessas teorias recai sobre a aquisição de competências para o desenvolvimento saudável. No Modelo Bioecológico ela é efeito dos processos proximais e constitui os recursos. Na Teoria do Apego ela é o produto do apego seguro. Na Teoria da Identidade de Erikson ela é o resultado da resolução satisfatória das crises. Logo, o desenvolvimento de competências parece ser um fator protetivo comum a essas teorias.

A influência das competências no desenvolvimento saudável é evidenciada na abordagem do Desenvolvimento Positivo. Essa foi sua grande contribuição para as pesquisas na área de prevenção em saúde mental.

A Perspectiva do Desenvolvimento Positivo Aplicada à Prevenção em Saúde Mental

A inclusão da abordagem do Desenvolvimento Positivo na prevenção ampliou o foco das pesquisas na área e inseriu a promoção de competência nas intervenções (Catalano et al., 2002). Essa mudança é retratada na Figura 1.

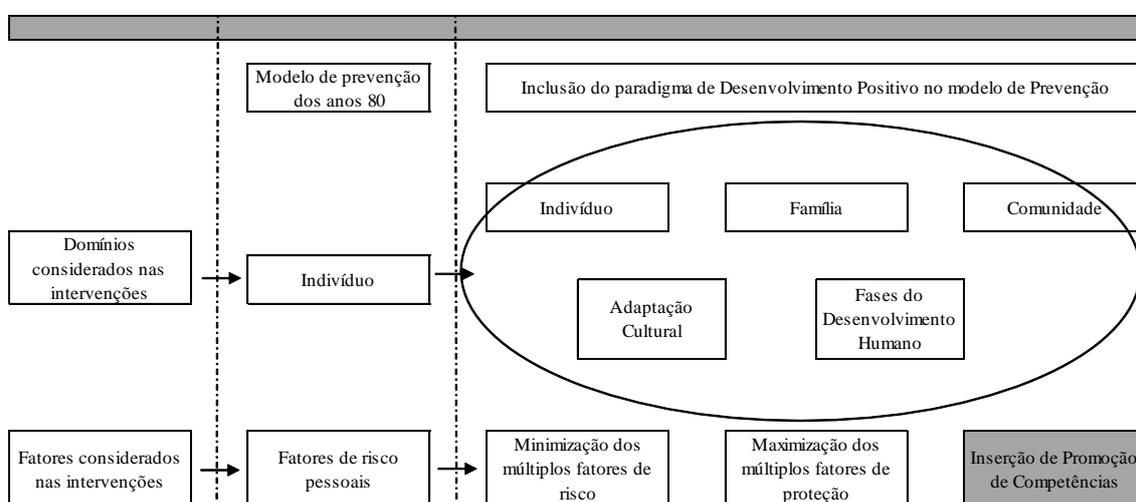


Figura 1. Modelo Integrativo: prevenção e Desenvolvimento Positivo.

O modelo de prevenção predominante nos Estados Unidos durante os anos 80 considerava somente o domínio do indivíduo nas intervenções e por consequência intervia somente nos fatores de risco pessoais. Com o surgimento da abordagem do Desenvolvimento Positivo e sua adoção as pesquisas passaram a: direcionar a prevenção para múltiplos fatores de risco e proteção; realizar os estudos em todos os domínios sociais os quais a criança participa; adaptar culturalmente os programas de intervenção conforme o período desenvolvimental; e intervir precocemente. Além disso, os pesquisadores em prevenção incluíram a promoção de competências em suas intervenções. Desse modo, além de objetivar reduzir os fatores de risco, os programas

preventivos também começaram a promover fatores de proteção (Catalano, et al., 2002).

A abordagem do Desenvolvimento Positivo é uma tendência nos programas de prevenção nos Estados Unidos. Ela é recomendada como método para os Estados investirem em programas que visem à promoção de competências, em detrimento de programas que objetivam a prevenção de comportamentos específicos, como a gravidez precoce e o uso de drogas. E como uma influência para construção de políticas públicas mais eficazes. O Governo americano publicou o documento *Positive Youth Development: State Strategies* (Ferber, Gaines, & Goodman, 2005) que fornece orientações aos Estados sobre como implementar essa abordagem e como utilizá-la na construção de novas políticas públicas para crianças e adolescentes, entre essas orientações estão: a adoção de uma estratégia global dos Estados para mudar a vida de crianças e adolescentes; uma abordagem ampla de fatores de risco e proteção; o suporte a programas que estimulem o desenvolvimento saudável; e o reconhecimento de que as crianças e os jovens não crescem em programas, mas em famílias e comunidades.

Uma revisão sistemática de estudos americanos de Desenvolvimento Positivo que buscam melhorar a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes avaliou 30 programas. Os resultados mostraram que mais da metade dos programas considerados eficazes promoveram vínculo pró-social; competência cognitiva, social e emocional; crença no futuro; e auto-determinação. Adicionalmente, fortaleceram o contexto escolar como uma fonte de apoio para o fornecimento de programas desse tipo e melhoraram as relações familiares (Gavin, Catalano, David-Ferdon, Gloppen, & Markham, 2010).

Uma meta-análise avaliou 69 programas americanos pós-escola que objetivaram melhorar a competência pessoal e social de crianças e adolescentes entre 5 e 18 anos. Os resultados indicaram que, comparados ao grupo controle, os participantes do grupo experimental dos programas incluídos na meta-análise demonstraram um aumento

significativo na sua autopercepção e no vínculo com a escola, comportamentos sociais positivos, aumento nas notas escolares e nos níveis de desempenho acadêmico, e reduções significativas nos comportamentos problemáticos (Durlak, Weissberg, & Pachan, 2010).

Embora, seja uma tendência nos Estados Unidos, o estudo de programas de Desenvolvimento Positivo em outros países do mundo ainda é escasso. Nos países asiáticos, por exemplo, alguns pesquisadores tentam inserir essa abordagem nos programas de prevenção. Uma revisão de estudos experimentais e quase-experimentais chineses voltados para a prevenção e o desenvolvimento positivo mostrou que havia 63 programas de adolescente prevenção e desenvolvimento positivo (incluindo 25 programas no domínio da saúde física, 24 programas para saúde mental e comportamentos de risco, e 14 voltados para o desenvolvimento positivo de jovens) no contexto asiático. Constatou-se uma escassez de programas validados quando comparados à realidade ocidental; entre os programas validados a prevalência daqueles direcionados para a prevenção, e não para o desenvolvimento positivo; a primazia de programas voltados para o abuso de substâncias, em detrimento de outros problemas mentais; e a carência de estudos longitudinais (Shek & Yu, 2011). O termo Desenvolvimento Positivo, quando pesquisado nas bases de dados Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), Scielo (*Scientific Electronic Libraly Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sem limite inicial do ano de publicação, não apresenta registro de estudos empíricos. Isso evidencia a carência de estudos também no Brasil.

A escassez de estudos em outros países reflete os desafios da implementação da abordagem do Desenvolvimento Positivo. O primeiro envolve a inserção da promoção de competências como principal foco dos programas de prevenção. Neles ainda predominam como questões centrais os problemas e as deficiências (Small & Memmo,

2004). O segundo está relacionado ao fato de os programas de Desenvolvimento Positivo exigirem mudanças nos contextos em que a criança e o adolescente vivem, incluindo mudanças em políticas públicas. Logo, demandam que os vários setores da sociedade tenham o Desenvolvimento Positivo como objetivo comum e o engajamento do poder público (Ferber et al., 2005). O terceiro desafio remete ao fato de essa abordagem conceber a criança e o adolescente como possuidores de uma capacidade inerente para crescer e se desenvolver de maneira saudável. Essa visão está em desacordo com a cultura predominante que coloca crianças e adolescentes em posição passiva, e não ativa em seu desenvolvimento (Damon, 2004).

Desenvolvimento Positivo: Uma Possibilidade para o Brasil

As mudanças no foco dos programas de prevenção, nos contextos, nas políticas e na cultura exigidas para a implementação da abordagem do Desenvolvimento Positivo, indicam as profundas mudanças que serão necessárias para que isso ocorra no Brasil. Os programas de prevenção em saúde mental brasileiros são escassos (Murta, 2007; Oliveira, 2012).

Uma revisão sistemática identificou 31 artigos empíricos na área, o que corresponde a 8,29% da produção nacional em prevenção. Desses, 72,72% tinham como objetivo a prevenção por meio da promoção de habilidades sociais e 9,09% por meio do ensino de habilidades de vida (Oliveira, 2012). Logo, se verifica a prevalência da inserção da promoção de competências nos programas de prevenção no Brasil. Embora, as habilidades sociais e de vida sejam competências necessárias, mas não suficientes para que ocorra um Desenvolvimento Positivo, suas presenças indicam um terreno fértil para a implementação da abordagem do Desenvolvimento Positivo.

As mudanças contextuais e políticas necessárias para a efetivação dessa abordagem remetem à necessidade de que os vários setores da sociedade vinculados à

infância e adolescência tenham como objetivo comum o Desenvolvimento Positivo. Logo, essas mudanças parecem exigir alterações em políticas públicas ligadas à saúde mental de crianças e adolescentes. Elas devem definir as metas para o Desenvolvimento Positivo; conceder financiamentos para programas que focam no Desenvolvimento Positivo; estabelecer ações de educação cívica; criar parcerias com instituições públicas e privadas que possam envolver as crianças e adolescentes com sua comunidade; e reforçar o papel dos jovens na definição das políticas que lhes dizem respeito (Ferber et al., 2005).

A mudança cultural relativa à visão da criança e do adolescente como ativos em seu processo de desenvolvimento pode ocorrer por meio de treinamento com os pais, professores e profissionais que trabalham com essa população. Nesses treinamentos, eles aprendem maneiras de capacitar crianças e adolescentes de modo que elas assumam papéis de liderança, aprendam a tomar decisões saudáveis, e ajudem na implementação de programas de Desenvolvimento Positivo. Ou seja, os pais, professores e profissionais aprendem a empoderar as crianças e os jovens (Ansell et al., 2007).

Desse modo, a abordagem do Desenvolvimento Positivo é uma possibilidade para o Brasil não somente prevenir, mas também promover a saúde mental das crianças e adolescentes brasileiros. As mudanças que ela exige são possíveis de serem realizadas e os resultados significativos (Catalano et al., 2002; Ferber et al., 2005). A julgar suas evidências de efetividade (Durlak et al., 2010; Gavin et al., 2010), essa abordagem representa uma estratégia potencialmente útil para que os jovens do Brasil se tornem capazes de contribuir de maneira positiva para si mesmos, suas famílias e para a sociedade brasileira.

Considerações Finais

O princípio “*Problem-free isn't fully prepared. And fully prepared isn't fully engaged.*” (Pittman, 1999, p.1) representa uma nova perspectiva de pesquisadores que está

influenciando o Governo americano sobre as crianças e os adolescentes. Eles são vistos como recursos que devem ser desenvolvidos e não como problemas a serem resolvidos.

O foco da abordagem do Desenvolvimento Positivo não é evitar que adversidades ocorram, mas promover o desenvolvimento de habilidades, relações sociais e contextos nutritivos que tornem as crianças e adolescentes capazes de crescer, prosperar e contribuir com a sociedade. Logo, a prevenção de transtornos e de problemas é foco secundário dessa abordagem, seu objetivo central é a promoção de um desenvolvimento saudável.

Essa abordagem exige mudanças culturais e políticas o que dificulta a sua implementação, porém essas mudanças quando colocadas em prática trazem benefícios. Elas representam um processo de crescimento humano por meio do qual as crianças e adolescentes se deslocam da posição de serem cuidados, para a de cuidadores de si e dos outros; as políticas são direcionadas para o financiamento de programas que fornecem apoio e ajudam no desenvolvimento saudável; e os adultos propiciam relacionamentos e experiências necessários para favorecer o desenvolvimento saudável. Espera-se que este artigo promova reflexões sobre a abordagem do Desenvolvimento Positivo e contribua para a realização de pesquisas que adotem essa perspectiva.

Referências

- Ansell, D. I., Finck, C. , Peck Jr., R. W., Sutter, K., Screeholw, E., National Child Welfare Resource Center for Youth Development,... & National Child Welfare Resource Center for Organizational Improvement. (2007). 2007 CFSR toolkit for youth involvement: Engaging youth in the child and family services review. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retirado de <http://muskie.usm.maine.edu/helpkids/rcpdfs/CFSRtoolkit.pdf>
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma Jr., A. (2006). Positive youth

- development: Theory, research, and applications. In W. Damon & R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 894-941). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: apego*. (Vol 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1985). *Apego e perda: perda, tristeza e depressão*. (Vol 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 514-531. DOI: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1996). *Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: ArtesMédicas.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp. 3 – 28). Washington, DC: American Psychological Press. Retirado de <http://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201999.pdf>.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Califórnia: Sage.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 793- 828). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, 15, 98-124. DOI:10.1037/1522-3736.5.1.515a.
- Damon, W. (2004). What is positive development?. *The Annals of the American Academy*, 591, 13-24. DOI: 10.1177/0002716203260092.

- Durlak, A. J., Weissberg, R. P., & Pachan, M. (2010). A meta-analysis of after-school programs that seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *American Journal of Community Psychology, 45*, 294-309. DOI: 10.1007/s10464-010-9300-6.
- Eccles, J., & Gootman, J. A. (2002). *Community programs to promote youth development*. Washington, DC: National Academy Press. Retirado de <http://www.nap.edu/catalog/10022.html>.
- Erikson, E. H. (1963). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferber, T., Gaines, E., & Goodman, C. (2005). *Positive youth development: State strategies*. Washington, DC: National Conference of State Legislatures. Retirado de http://www.ncsl.org/Portals/1/documents/cyf/final_positive_youth_development.pdf.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The research for protective factors. In: J. E., Stevenson (Org.). *Aspects of Current Child Psychiatry Research*. Oxford: Pergamon.
- Gavin, L. E., Catalano, R. F., David-Ferdon, C. Gloppen, K. M., & Markham, C. M. (2010). A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health, 46*, S75–S91. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.215.
- Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development: A view of issues. *Journal of Early Adolescence, 25*, 1, 10-16. DOI: 10.1177/0272431604273211.
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia, 16*, 35, 315-325. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300003>.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa.

- Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 1, 1-8. Retirado de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100002>.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In S. H. Koller (Org). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no brasil* (pp. 51-66). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- National Clearinghouse on Families & Youth, (2001). *Positive Youth Development*. Maryland: Silver Spring. Retirado de [http:// www.ncfy.com](http://www.ncfy.com).
- National Research Council, & Institute of Medicine (1996). *Youth development and neighborhood influences: Challenges and opportunities, Summary of a workshop*. Report by the Committee on Youth Development, Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. (Eds.) R. Chalk and D.A. Phillips. Washington, DC: National Academy Press. Retirado de http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5511&page=R1.
- Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade de Brasília, Brasília.
- Park, N. (2004). Character strengths and positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 1, 40-54. Retirado de:
<http://www.jstor.org/stable/4127634>.
- Pittman, K. (1999). The power of engagement. Washington, DC: The Forum for Youth Investment. Retirado de <http://www.forumfyi.org/files/Youth%20Today--September%201999.pdf>.
- Shek, D. T. L., & Yu, L. (2011). A review of validated youth prevention and positive youth development programs in Asia. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 23, 4, 317–324. DOI: 10.1515/ijamh.2011.028.

Small, S., & Memmo, M. (2004). Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of terms, concepts, and models. *Family Relations*, 53, 3-11. Retirado de: <http://www.jstor.org/stable/3700231>.

MANUSCRITO III

**DESENVOLVIMENTO POSITIVO COM CRIANÇAS BRASILEIRAS: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Resumo

Fatores de risco e problemas de saúde mental estão presentes desde o início da vida, indicando a urgência de se investir em programas de promoção de saúde mental já na infância. O presente estudo objetiva revisar sistematicamente publicações brasileiras acerca de intervenções promotoras de desenvolvimento positivo para crianças. A busca por estudos ocorreu nas bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), sem limite inicial de data de publicação. Foram localizados 4.184 estudos, desses 16 foram incluídos na revisão. Os resultados indicam um predomínio de avaliações por meio de delineamentos quase-experimental e pré-experimental e escalas. As intervenções são, majoritariamente, conduzidas em escolas, com duração entre 9 a 42 semanas, e voltadas para a promoção de competências social, emocional, cognitiva e moral. Sugestões para o aprimoramento dos programas e uma agenda de pesquisa são discutidas.

Palavras-chave: revisão sistemática, intervenção precoce, criança, saúde mental.

Abstract

Risk factors and mental health problems are present from the beginning of life indicating the urgency of investing in programs to promote mental health in childhood. This study aims to systematically review Brazilian publications about interventions that promote positive development for children. The search for studies occurred in the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online), Pepsic (Electronic Journals in Psychology) and BDTD (Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations) without initial limitation publication date. The search found about 4,184 studies and 16 of these were included in the review. The results indicate a prevalence of assessments through quasi-experimental and pre-experimental designs and scales. Interventions are mostly

conducted in schools, lasting between 9-42 weeks and focused on the promotion of social, emotional, cognitive and moral competences. Suggestions for the improvement of programs and a research agenda are discussed.

Keywords: systematic review, early intervention, child, mental health.

Desenvolvimento Positivo com Crianças Brasileiras: Uma Revisão Sistemática

Uma série de problemas e de riscos à saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros vem comprometendo o seu desenvolvimento saudável. Uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a prevalência da depressão maior na população infanto-juvenil no mundo colocou o Brasil na primeira posição do *ranking* entre os países mais pobres (Bromet et al., 2011). Cerca de 12,6% das crianças e adolescentes brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam algum sintoma de transtorno mental (Associação Brasileira de Psiquiatria ABP, 2008). Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam que 7 em cada 100 adolescentes entre 10 e 14 anos ficaram grávidas no ano de 2007, representando um aumento de 2,7% no período de 1998 a 2007. O homicídio é responsável pela maioria dos óbitos (50,5%) entre jovens na faixa etária entre 10 e 24 anos. O suicídio está entre as cinco primeiras causas de morte de adolescentes e jovens entre 10 e 19 anos. Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes Contínuo (VIVA) apontam que a violência sexual, seguida da psicológica, foram as principais causas de atendimentos a crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) no período de agosto de 2006 a julho de 2007 (Painel de Indicadores do SUS nº7, sd)

Esses dados apontam que fatores de risco e problemas de saúde mental estão presentes desde o início da vida, indicando a urgência de se investir em programas preventivos e de promoção de saúde mental logo nos primeiros anos de vida. À vista disso, programas de desenvolvimento de competências, como as habilidades sociais (Murta, 2005), as habilidades sociais educativas parentais (Bolsoni-Silva & Borelli, 2012; Bolsoni-Silva, Silveira, & Marturano, 2008) e as habilidades de vida (Minto, Pedro, Netto, Bugliani, & Gorayeb 2006; Paiva & Rodrigues, 2008;) são modelos de intervenções apropriados que se propõem tanto a diminuir ou evitar a ocorrência de transtornos e problemas de

comportamento quanto a promover elementos que melhoram a saúde mental (Cunha & Rodrigues, 2010; Murta, 2007). Esses modelos de intervenção ao incluírem tanto a redução de fatores de risco como a promoção de fatores de proteção tornam-se mais efetivos, uma vez que atuam tanto na prevenção quanto na promoção da saúde mental (Cowen, 2000).

Congruente com esse modelo de intervenção existe uma nova abordagem denominada Desenvolvimento Positivo. Essa abordagem surgiu no início dos anos 90 nos Estados Unidos quando várias áreas do conhecimento incluindo a psicologia do desenvolvimento, a saúde pública, a promoção da saúde, a prevenção, a sociologia, o serviço social, a medicina e a educação, uniram-se com o objetivo comum de promover competências e a saúde de crianças e adolescentes visando a uma trajetória de desenvolvimento que os conduzisse a uma vida adulta saudável. Até então, os estudos na área de prevenção nos Estados Unidos tinham como foco somente a redução de fatores de risco e não consideravam a promoção de competências e da saúde mental como objetivos a serem alcançados pelas intervenções. As bases teóricas dessa abordagem englobam o modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 2006), a teoria do apego (Bolwby, 1984; 1985) e a teoria da identidade de Erikson (1963), essas teorias destacam-se por sua ênfase no contexto como uma dimensão essencial no processo do desenvolvimento e na aquisição de competências para o desenvolvimento saudável.

A abordagem do Desenvolvimento Positivo considera que a prevenção por si só não é condição suficiente para estimular o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, uma vez que o foco da prevenção é evitar problemas e dificuldades. Dessa maneira, além de prevenir é necessário também preparar as crianças e adolescentes para a vida adulta e torná-los engajados em seu próprio desenvolvimento para que eles sejam capazes de contribuir com sua família e com a sociedade. Por isso, o foco dessa abordagem não é evitar comportamentos inadequados, mas estabelecer quais

comportamentos e atitudes são desejáveis para que as crianças e adolescentes tenham um desenvolvimento saudável (Pittman, Irby, Tolman, Yohalem, & Ferber, 2003).

Desse modo, ela surgiu como um novo modelo que enfatiza as habilidades e capacidades de crianças e adolescentes (Benson et al., 2006). Embora ela reconheça que riscos e adversidades podem interferir na saúde mental de crianças, o desenvolvimento não é concebido como um processo de superação dessas dificuldades. Isso porque essa abordagem considera as crianças como potencialmente capazes de adquirirem competências e contribuir para o mundo, desde que elas sejam compreendidas, educadas e envolvidas em atividades produtivas (Damon, 2004).

O Desenvolvimento Positivo também reforça o papel da família e da comunidade no desenvolvimento saudável. Essa abordagem busca compreender como as crianças e adolescentes influenciam e são influenciados pelo seu contexto ao longo do tempo e considera a comunidade como uma geradora do desenvolvimento positivo, visto que a comunidade representa um ambiente multifacetado onde os jovens podem exercer seus direitos e modificar as configurações, lugares, pessoas e políticas que, por sua vez, afetam o seu desenvolvimento (Benson et al., 2006).

No ano de 1996, o *Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation* (ASPE) através do *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD) encomendou uma pesquisa para avaliar programas americanos de desenvolvimento positivo e resumir o estado do campo. Essa pesquisa foi realizada pelo *Social Development Research Group* (SDRG) da *University of Washington* e resultou na publicação da revisão intitulada *Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs* (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2002).

Essa revisão estabeleceu uma definição operacional do termo Desenvolvimento

Positivo, por meio de revisão de literatura, consulta com os dirigentes do projeto e uma reunião de consenso do conselho consultivo do projeto. De acordo com essa definição programas de Desenvolvimento Positivo são aqueles que buscam promover um ou mais dos seguintes objetivos: resiliência, vínculo, competência social, competência emocional, competência cognitiva, competência comportamental, competência moral, autodeterminação, espiritualidade, autoeficácia, identidade positiva, crença no futuro, reconhecimento para a identidade positiva, oportunidades para o envolvimento pró-social e normas pró-sociais. A Figura 1 apresenta a definição operacional dessas competências:

Figura 1. Definição operacional dos objetivos dos programas de Desenvolvimento Positivo de acordo com Catalano et al. (2002).

Objetivo	Definição operacional
Vínculo	Programas em que um ou mais de seus componentes focam no desenvolvimento do relacionamento da criança com um adulto saudável, pares positivos, escola, comunidade ou cultura.
Resiliência	Programas que enfatizam estratégias para respostas adaptativas de enfrentamento à mudanças e estresse; e promoveram flexibilidade e capacidade psicológica.
Competência social	Programas que fornecem treinamento em habilidades interpessoais adequadas ao desenvolvimento e estratégias de ensaio para praticar essas habilidades. Essas habilidades incluem comunicação, assertividade, recusa e resistência, resolução de conflitos e estratégias de negociação interpessoal para uso com colegas e adultos.
Competência emocional	Programas que desenvolvem habilidades para identificar os sentimentos em si ou nos outros, habilidades para gerenciar reações emocionais ou impulsos, ou habilidades para a construção de estratégias de autogestão, empatia, auto-calmante ou tolerância a frustração.
Competência cognitiva	Programas que influenciam as habilidades cognitivas, processos ou resultados, incluindo o desempenho acadêmico, o pensamento lógico e analítico, a resolução de problemas, a tomada de decisão, o planejamento, a definição de metas e as habilidades de diálogo interno.
Competência comportamental	Programas que ensinam habilidades e forneceram reforço para escolhas eficazes de comportamento e de padrões de ação, incluindo estratégias não-verbais e verbais.
Competência moral	Programas que promovem a empatia, o respeito pelas regras e padrões culturais ou sociais, um senso de certo e errado, ou um senso de justiça moral ou social.
Autodeterminação	Programas que aumentam a capacidade dos jovens para o empoderamento, autonomia, pensamento independente, ou de autodefesa, ou a sua capacidade de viver e crescer segundo seus padrões internos e valores (pode ou não incluir os valores do grupo).
Espiritualidade	Programas que promovem o desenvolvimento de crenças em um poder superior, reflexão interna, ou meditação. Ou apoiaram os jovens na exploração de um sistema de crença espiritual, na busca de um senso de identidade espiritual, na busca de significados, ou na prática espiritual.
Autoeficácia	Programas que incluem o estabelecimento de objetivos pessoais, o enfrentamento e o domínio de habilidades ou técnicas para mudar as expectativas negativas de auto-eficácia ou as crenças auto-destrutivas.
Identidade positiva	Programas que desenvolvem uma formação saudável da identidade e conquistas, incluindo uma identificação positiva com um sub-grupo social ou cultural que apoiam o desenvolvimento saudável de seu senso de <i>self</i> .

Figura 1. Definição operacional dos objetivos dos programas de Desenvolvimento Positivo de acordo com Catalano et al. (2002) (Continuação)

Crença no futuro	Programas que influenciam a crença de uma criança em seu potencial futuro, seus objetivos, opções, escolhas, esperanças e planos.
Reconhecimento para comportamento positivo	Programas que criam sistemas de resposta para recompensar, reconhecer ou reforçar comportamentos pró-sociais das crianças.
Oportunidades para o envolvimento Pró-social	Programas em que a intervenção ofereceu atividades e eventos onde os jovens poderiam participar ativamente, fazer uma contribuição positiva, e experimentar trocas sociais positivos.
Normas Pró-sociais	Programas que empregam estratégias para incentivar os jovens a desenvolver padrões claros e explícitos de comportamento para minimizar os riscos de saúde e para o envolvimento pró-social.

Os estudos selecionados deveriam promover vários desses objetivos, ou somente um em vários domínios sociais, a saber: a escola, a família e a comunidade (Catalano et al., 2002). A revisão identificou 161 programas e selecionou 25 que foram bem avaliados e mostraram efeitos significativos, ou seja, aqueles programas com delimitamento experimental ou quase-experimental, com grupo de comparação equivalente, que cumprissem critérios de validade interna e permitissem conclusões em relação à efetividade do programa. As competências social, cognitiva, emocional, comportamental e moral; a auto-eficácia; e as normas pró-sociais foram promovidas em todos os 25 programas. A maioria dos programas (19 dos 25) demonstrou efeitos significativos sobre os resultados relacionados ao desenvolvimento positivo, incluindo melhorias nas habilidades interpessoais, na qualidade da relação entre pares e adultos, no auto-controle, na solução de problemas, na competência cognitiva, na auto-eficácia, no compromisso com a escola e desempenho acadêmico. Além disso, 24 dos 25 programas demonstraram reduções significativas nos comportamentos problemáticos, como o uso de álcool e outras drogas, problemas escolares, comportamento agressivo, violência e comportamento sexual de risco (Catalano et al., 2002).

Os resultados dessa revisão evidenciam que os programas baseados nessa nova abordagem, ao focarem no desenvolvimento de potencialidades, parecem contribuir de maneira efetiva para que as crianças e adolescentes consigam não somente superar as

adversidades, mas serem empoderados de modo a se tornarem protagonistas no seu desenvolvimento e colaboradores no progresso da sociedade. Ou seja, essa abordagem auxilia os jovens na construção de uma trajetória positiva de desenvolvimento. Logo, devido ao fato de os jovens brasileiros estarem expostos a fatores de risco desde os primeiros anos de vida, intervenções precoces fundamentadas na abordagem do Desenvolvimento Positivo podem ser importantes aliadas tanto na prevenção da saúde mental quanto na promoção de um desenvolvimento saudável (Benson et al., 2006).

Todavia, mesmo apresentado programas bem avaliados; que cumprem critérios de validade interna e utilizam delineamento experimental ou quase-experimental com grupo de comparação equivalente, bem como utilizam unidades de análise que conseguem detectar os efeitos do programa (Catalano et al., 2002); a disseminação da abordagem do Desenvolvimento Positivo para outros países ainda é lenta. Evidência disto é que no Brasil os programas que promovem competências, como as habilidades sociais e de vida (Minto, Pedro, Netto, Bugliani, & Gorayeb 2006; Murta et al., 2009; Murta et al., 2012; Pinnheiro, Haase, Del Prette, Amarante, & Del Prette, 2006; Silva & Murta, 2009;), não são baseados nessa abordagem.

Caso fossem fundamentados no Desenvolvimento Positivo esses programas seriam mais vantajosos, pois teriam como foco o desenvolvimento de potencialidades, tornando-os úteis para toda a população e não somente para aquela que está em risco. Além disso, o fato de essa abordagem apresentar uma ampla gama de características e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento fornece uma conceituação atraente em torno da qual, politicamente e institucionalmente, diferentes grupos, programas e organizações podem se unir. Por fim, devido a sua origem multidisciplinar essa abordagem proporciona uma linguagem acessível para todos os profissionais vinculados às crianças e adolescentes e líderes comunitários facilitando sua união no planejamento

de programas (Small & Memmo, 2004).

Desse modo, programas baseados nessa abordagem poderiam beneficiar os jovens brasileiros, principalmente se eles fossem aplicados nos primeiros anos de vida, visto que os riscos à saúde mental estão presentes desde o nascimento (ABP, 2008). Logo, esses programas podem ser eficazes na promoção da saúde mental dessa população (Catalano et al., 2002).

Por conseguinte, estudos de revisão sistemática e meta-análise são importantes ferramentas para o aprimoramento de intervenções e para fundamentar práticas baseadas em evidências (Sampaio & Mancini, 2007). Existem revisões brasileiras com foco no desenvolvimento de competências como as habilidades sociais (Bolsoni-Silva et al., 2006; Murta, 2005) e em programas de prevenção em saúde mental (Murta, 2007; Oliveira, 2012), porém revisões de programas que consideram aspectos do Desenvolvimento Positivo ainda não existem no Brasil (Menezes, 2013).

Destarte, o presente estudo objetiva conduzir uma revisão sistemática das publicações científicas brasileiras relacionadas às intervenções que promoveram um ou mais dos quinze objetivos descritos no estudo de Catalano et al. (2002) voltadas para crianças, seus pais ou cuidadores, e/ou seus professores. Especificamente, buscou-se analisar as características destas intervenções, os métodos de avaliação usados e seus resultados.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura brasileira para localizar artigos, dissertações e teses que descrevessem intervenções realizadas com crianças, pais, professores ou cuidadores de crianças para promover competências relacionadas ao Desenvolvimento Positivo. Essas competências (ver Figura 1) foram determinadas com base no estudo de Catalano et al. (2002). Não houve limite de data inicial de

publicação na busca dos estudos. Foram incluídos artigos, dissertações e teses publicados até dezembro de 2012.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Para ser incluído no estudo, o artigo, dissertação ou tese deveria: (a) promover um ou mais dos construtos de Desenvolvimento Positivo relatados no estudo de Catalano et al. (2002) (conforme Figura 1) em um, dois ou nos três domínios (escola, família e comunidade); (b) envolver a promoção dessas competências para melhorar o desenvolvimento de crianças (indivíduos de 0 a 12 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, Lei nº 8.069, 1990); (c) a intervenção deveria ser orientada para crianças da população em geral ou para crianças em risco, ou pais, cuidadores, ou professores dessas crianças e (d) o delineamento do estudo deveria ser experimental, quase-experimental ou pré-experimental. Estudos experimentais foram definidos como aqueles em que há grupo experimental e grupo controle e os participantes são escolhidos de forma aleatória. Estudos quase-experimentais foram definidos como contendo grupo experimental e grupo controle, mas sem designação aleatória de participantes para cada grupo. Estudos pré-experimentais foram definidos como contendo avaliações de pré e pós-teste, mas sem grupo controle ou de comparação (Campbell & Stanley, 1979).

Foram excluídos: (a) os estudos cujo público-alvo apresentava uma psicopatologia diagnosticada; (b) intervenções voltadas para o tratamento de psicopatologias; (c) intervenções psicoterapêuticas; (d) estudos de caso; (e) estudos que não avaliavam os resultados da intervenção para o público-alvo; (f) intervenções destinadas tanto à prevenção quanto ao tratamento; (g) intervenções voltadas tanto à promoção quanto ao tratamento; (h) intervenções direcionadas para adolescentes,

adultos ou idosos; (i) pesquisa-ação.

Procedimento de Busca, Seleção e Codificação dos Estudos

Inicialmente foi realizada a leitura das definições dos objetivos do Desenvolvimento Positivo para determinar as palavras-chave (Tabela 1) que seriam utilizadas. Posteriormente, realizou-se a busca e seleção de artigos, teses e dissertações nas bases de dados, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), que se encaixassem nos critérios de inclusão. Essa seleção foi realizada por meio da leitura do título e do resumo dos mesmos. Cada estudo selecionado (36 no total) foi lido novamente, resultando na exclusão de alguns (24). Para cada autor dos trabalhos que permaneceram na revisão, fez-se uma busca em seu currículo *lattes* por mais estudos e enviou-se um e-mail informando sobre a pesquisa e solicitando outras publicações com o mesmo foco. O final da busca e seleção resultou em 16 trabalhos.

Esses trabalhos foram relidos e codificados por duas pessoas, sendo que a segunda fez por amostragem de 50%. Cada codificador preenchia uma folha de codificação com os critérios apresentados (Figura 2) e os resultados eram comparados por meio do cálculo de concordância entre codificadores (Kazdin, 1982). O cálculo de concordância foi obtido por meio do número de concordâncias dividido pela somatória de concordâncias e discordâncias, multiplicados por cem. Em caso de discordância os codificadores se reuniam e discutiam, para refinamento dos critérios. O grau de concordância geral encontrado, a partir da média de todos os critérios avaliados, foi de 90,2%.

Figura 2. Definição dos critérios de codificação dos estudos.

Crítérios	Definição
Número	Numeração atribuída ao artigo, dissertação ou tese que o identificará.
Autores e ano	Nome (s) do autor (es) do artigo, dissertação ou tese e o ano de publicação.
Objetivo	Objetivo geral do artigo, dissertação ou tese.
Delineamento	Delineamento utilizado no estudo. Pode ser experimental (estudo com grupo controle ou de comparação randômicos), quase-experimental (estudo com grupo controle ou de comparação não randômicos) ou pré-experimental (estudos com pré e pós teste, sem grupo de controle ou de comparação) (Campbell & Stanley, 1979).
Participantes	Público-alvo do estudo. Podem ser as crianças, os pais, os professores, ou cuidadores. Incluem-se ainda a idade e quantidade de pessoas que participaram da intervenção.
Condição promovida	Construtos relacionados ao desenvolvimento positivo determinados no estudo de Catalano et al (2002) que a intervenção pretende promover. São eles: resiliência, vínculo, competência social, competência emocional, competência cognitiva, competência comportamental, competência moral, autodeterminação, espiritualidade, autoeficácia, identidade positiva, a crença no futuro, o reconhecimento para o comportamento positivo, oportunidades para o envolvimento pró-social e as normas pró-sociais.
Conteúdo das intervenções	Temas abordados nas intervenções e as técnicas utilizadas.
Foco das intervenções	Estratégias utilizadas nas intervenções que podem ser centradas na pessoa, no ambiente ou em ambos. Os programas centrados no ambiente têm como estratégia a mudança do contexto ou de comportamentos de indivíduos (como pais e professores) que lidam diretamente com a população-alvo; aqueles centrados na pessoa são intervenções diretas ao público-alvo (crianças); a denominação ambos refere-se às intervenções simultâneas à população-alvo e aos fatores ambientais ou pessoas próximas a ela.
Formato das sessões	Frequências das sessões (semanal, mensal), a duração das sessões, o número total de sessões, o tempo total de duração da intervenção e o local de realização das sessões (escola, hospital, domicílio, clínica-escola, comunidade).
Avaliação de processo	Ocorrência ou não de avaliação das sessões e técnicas utilizadas para isso.
Follow-up	Ocorrência ou não de <i>follow-up</i> , o tempo entre o fim da intervenção e a realização do <i>follow-up</i> .
Resultados	Descrição dos principais resultados obtidos com a intervenção.
Instrumentos	Nomes dos instrumentos utilizados na coleta de dados da intervenção, incluindo: escala, questionário, observação, entrevista, diário de campo, sociometria, teste.

Resultados

A pesquisa por cada descritor referente ao Desenvolvimento Positivo e suas respectivas palavras-chave (Tabela 1) resultou num total de 4.184 estudos, entre artigos teses e dissertações. As palavras-chave foram escolhidas a partir da definição operacional de cada um dos descritores proveniente do estudo de Catalano et al. (2002) (ver Figura 1).

Tabela 1. Palavras-chave utilizadas na busca de cada descritor.

Descritor	Palavras-chave
Resiliência	Resiliência.
Vínculo	Vínculo, apego, comportamento de apego.
Competência social	Competência social, habilidades sociais.
Competência emocional	Competência emocional, desenvolvimento emocional, autorregulação emocional, autorregulação, empatia.
Competência cognitiva	Desempenho acadêmico, resolução de problemas.
Competência comportamental	Habilidades sociais, assertividade.
Competência moral	Comportamento moral, desenvolvimento moral.
Autodeterminação	Empoderamento.
Espiritualidade	Espiritualidade.
Autoeficácia	Autoeficácia.
Identidade positiva	Identidade positiva, autopercepção, autoconceito, autoconceito positivo, autoimagem.
Crença no futuro	Autoestima, bem estar.
Reconhecimento para comportamento positivo	Comportamento pró-social, pró-social.
Oportunidade para envolvimento pró-social	Comportamento pró-social, pró-social.
Normas pró-sociais	Comportamento pró-social, pró-social.

Cada um dos estudos teve seu título e resumo lidos para a seleção daqueles que relatavam programas de intervenção realizados com crianças, ou pais e cuidadores, ou professores visando à promoção de competências. Essa leitura resultou em 36 artigos pré-selecionados (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados encontrados e selecionados por descritor.

Descritor	Total de estudos	Estudos pré-selecionados
Resiliência	272	0
Vínculo	552	1
Competência social	738	24
Competência emocional	532	4
Competência cognitiva	632	4
Competência comportamental	71	1
Competência moral	156	2
Autodeterminação	168	0
Espiritualidade	287	0
Autoeficácia	236	0
Identidade positiva	71	0
Crença no futuro	463	0
Reconhecimento para comportamento positivo	-	0
Oportunidade para envolvimento pró-social	-	0
Normas pró-sociais	6	0
Total	4184	36

Os 36 estudos pré-selecionados foram lidos por completo, o que resultou na exclusão de 24 deles. Isso porque, um dos estudos apareceu em 4 descritores, outro apareceu em 2 descritores e, após a exclusão de suas repetições restaram 32 estudos. Desses, 4 eram estudos duplicados, existiam como tese ou dissertação e como artigos, por isso, decidiu-se manter somente os artigos totalizando 28. Além disso, 7 estudos foram excluídos por incluírem adolescentes entre os participantes, restando 21 estudos. Desses, 4 estudos não eram pesquisa, somente descreviam modelos de intervenção ou relatavam uma experiência, restando 17 estudos. Depois, foram excluídos 2 estudos que estavam duplicados, relatando aspectos do mesmo programa de intervenção em artigos diferentes, resultando em 15 selecionados. Por fim, foram excluídos os estudos que envolviam tratamento, 3 estudos e restaram 12.

Posteriormente foi realizada uma pesquisa no currículo lattes dos autores desses 12 estudos e enviou-se um e-mail para cada um deles informando sobre a revisão e solicitando outros trabalhos feitos por eles que se encaixassem nos critérios de inclusão.

Esse segundo momento acrescentou mais 4 trabalhos à revisão sistemática, totalizando 16 estudos, sendo 15 artigos, uma tese e nenhuma dissertação.

Delineamento, Participantes e Foco da Intervenção

Os resultados indicam um predomínio de delineamentos quase-experimental (43,75%) e pré-experimental (37,5%). Os estudos de delineamento experimental são minoria (18,75%). Em relação aos participantes, a maioria dos estudos (7 em 16) tem somente as crianças como público-alvo das intervenções, o que indica também a predominância de pesquisas com foco na pessoa. Os pais/cuidadores são o foco de 4 programas. As crianças, juntamente com os pais/cuidadores são o público-alvo de 3 programas e somente 2 programas são direcionados para as crianças, os pais/cuidadores e os professores.

O tamanho da amostra variou entre 9 e 300 crianças, sendo a média de participantes de 61,25 crianças. Em relação à idade das crianças essa variou entre 0 e 12 anos, sendo a média de 7 anos e 9 meses. Quanto aos pais/cuidadores aqueles estudos que informaram dados demográficos tiveram uma média de idade de 39,2 anos, ressalta-se que não havia adolescentes, e uma amostra média de 25,6 participantes. Quanto aos professores somente um estudo mencionou a idade e o tamanho da amostra, sendo de 20 participantes. Ressalta-se que somente um dos estudos realizou *follow-up* cerca de 2 meses após a intervenção, com manutenção dos resultados. E somente um estudo fez avaliação de processo, por meio de protocolo respondido pelo facilitador e pelos alunos que avaliava a satisfação (atitude dos participantes para com a intervenção).

Conteúdo e Formato das Intervenções

Por meio da análise dos conteúdos das intervenções foi possível estabelecer quais componentes relacionados ao Desenvolvimento Positivo elas contemplaram. A

Tabela 3 mostra que os estudos encontrados promovem 12 dos 15 objetivos do Desenvolvimento Positivo descritos no estudo de Catalano et al (2002) e definidos na Figura 1: competência social, competência emocional, competência cognitiva, competência moral, competência comportamental, normas pró-sociais, vínculo, reconhecimento para comportamento positivo, resiliência, autoeficácia, autodeterminação e oportunidade para envolvimento pró-social. A maioria dos estudos buscou promover a competência social (50%) e a competência emocional (43,75%).

Tabela 3. Frequência de focos promovidos conforme o conteúdo das intervenções.

Focos promovidos	Frequência	Porcentagem
Competência social	8	50%
Competência emocional	7	43,75%
Competência cognitiva	6	37,5%
Competência moral	5	31,25%
Competência comportamental	3	18,75%
Normas pró-sociais	3	18,75%
Vínculo	2	12,5%
Reconhecimento para comportamento positivo	2	12,5%
Resiliência	2	12,5%
Autoeficácia	2	12,5%
Autodeterminação	2	12,5%
Oportunidade para envolvimento pró-social	2	12,5%

A Tabela 4 descreve o formato dos programas de intervenção. Nas intervenções com as crianças, predominaram a ocorrência de sessões duas ou mais vezes por semana, com duração entre 60 e 90 minutos, distribuídas entre 9 e 42 semanas, com número total de sessões entre 6 a 20 e tendo a escola como principal local de realização.

Nos programas de intervenção exclusivos para os pais ou que os incluíam, predominaram as sessões que ocorriam uma vez por semana, com duração entre 60 e 120 minutos, no decorrer de 9 a 24 semanas, num total de sessões variando entre abaixo de 6 até 20 sessões, novamente a escola foi o principal local para a realização das intervenções.

Nos programas de intervenção que incluíam os professores, o formato foi bastante variável, com frequência semanal e mensal, duração da sessão entre menos de

60 a 90 minutos, por um período entre 9 a 42 semanas, com um total de sessões de menos de 6 ou de 13 a 20, realizadas sempre na escola.

Tabela 4. Formato dos programas analisados.

Critério	Crianças	Pais/ Cuidadores	Professores
Frequência das sessões			
Diária	1	-	-
Uma vez por semana	2	4	1
Duas vezes ou mais por semana	4	2	-
Mensal	-	1	1
Sessão única	1	1	-
Não informado	2	1	1
Duração da sessão			
< 60 minutos	2	2	1
60 a 90 minutos	6	3	1
91 a 120 minutos	-	3	-
Não informado	2	1	1
Duração da intervenção			
< 4 semanas	1	1	-
4 a 8 semanas	1	1	-
9 a 12 semanas	2	3	1
14 a 24 semanas	2	2	1
25 a 42 semanas	2	-	1
> 42 semanas	-	-	-
Não informado	2	2	-
Número total de sessões			
< 6 sessões	1	2	1
6 a 12 sessões	3	3	-
13 a 20 sessões	2	2	1
21 a 42 sessões	1	-	-
> 42 sessões	2	-	-
Não informado	1	2	1
Local das sessões			
Escola	11	6	3
Domicílio	-	-	-
Hospital	-	1	-
Clínica-escola	1	3	-
Comunidade	-	-	-
Não informa	-	-	-

Conteúdo dos Programas, Resultados e Instrumentos

A Figura 3 mostra que a maioria dos programas direcionados para as crianças e

para os pais apresentam em seu currículo o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Não foi possível estabelecer o foco dos programas que incluem os professores, devido à falta de descrição na maioria dos estudos. Em relação aos resultados observa-se que a maioria das intervenções obteve resultados positivos, somente uma intervenção não foi efetiva.

Figura 3. Características dos programas analisados.

Estudo	Conteúdo do programa		Resultados
	Temas	Técnicas	
Rodrigues, M. C., Dias, J. P & Freitas, M. F. R. L. (2010)	<p>Programa “Eu posso resolver problemas”, a partir da lição 14 aplicado às crianças na presença dos professores. O Programa caracteriza-se por 83 lições, divididas em habilidades prévias (Lições iniciais) para resolução de problemas e habilidades para resolução de problemas (lições finais). Os objetivos das lições iniciais são: reconhecer e identificar sentimentos em si e nos outros e aprender a sequenciar eventos. As lições finais objetivam levar a criança a pensar em soluções alternativas para um mesmo problema, bem como avaliar as consequências de suas ações, sentimentos e a decisão pela melhor solução.</p> <p>Com os pais e responsáveis foram discutidos o papel ativo dos pais na educação das crianças, desenvolvimento infantil saudável, a importância dos limites e regras para o desenvolvimento psicológico e a autoestima infantil.</p> <p>Com os professores não informa.</p>	<p>Com as crianças: Jogos lúdicos, histórias infantis e dramatizações.</p> <p>Com os pais: Utilizava-se um texto base e ao final era entregue um texto reflexão para favorecer a integração família escola.</p> <p>Com os professores não informa.</p>	<p>As crianças tornaram-se mais capazes de ajudar e consolar o colega, reconhecer e nomear sentimentos em si e nos outros, comunicar-se de modo mais assertivo, promover soluções alternativas para problemas reais e fictícios e diminuir a participação em conflitos interpessoais. Melhoras no convívio em sala de aula e familiar. Melhoras nas habilidades educativas parentais positivas.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Cia, F., Barham, E. J. & Fontaine, A. M. G. V. (2010)</p>	<p>Pais: O papel paterno, Como manter e instalar comportamentos adequados no seu filho? Reconhecendo e extinguindo comportamentos inadequados do seu filho, Treinando comportamentos paternos empáticos, Leitura do ambiente e análise funcional do comportamento infantil, O elogio e o <i>feedback</i> positivo dos pais para os filhos, Auxiliando no desempenho acadêmico do filho – Parte 1 e 2, Desenvolvendo a capacidade de se expressar, Impondo limites e solicitando mudanças de comportamento do filho. Com os professores não informa.</p>	<p>Com os pais: exposição dialogada e tarefa de casa.</p> <p>Com os professores: não informa.</p>	<p>A intervenção não alterou significativamente os problemas de comportamento. Porém, houve melhora no rendimento e no desempenho acadêmico nos grupos experimentais 1 e 2. Houve diminuição significativa no número de atributos negativos citados para as crianças dos grupos experimentais. Já o GE1 apresentou aumento no número de atributos positivos que as professoras atribuíram no pré e pós teste comparado ao GE 2 e ao GC.</p>
<p>Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2010)</p>	<p>Programa “Eu posso resolver problemas”.</p>	<p>Estórias, atividades lúdicas e relaxamento.</p>	<p>As crianças do grupo experimental ampliaram suas habilidades de solução de problemas interpessoais, diminuíram a participação em conflitos interpessoais abertos ao longo do ano letivo, reduziram comportamentos incompatíveis com as atividades escolares, aumentaram o envolvimento acadêmico, melhoraram o desempenho pró-social, apresentaram maior preparo para o enfrentamento do estresse e passaram a perceber os companheiros como mais solidários ampliando a rede de apoio.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D. & Del Prette, Z. A. P. (2006)</p>	<p>Temática organizada em 9 passos: (1) Por que as crianças se comportam mal?; (2) Preste atenção no bom comportamento do seu filho; (3) Aumentando a brincadeira independente; (4) Prestando atenção no comportamento de seguir instruções; (5) Ensinando a ler o ambiente social; (6) Facilitando a empatia; (7) Melhorando o comportamento na escola; (8) Representação de papéis; (9) Desenvolvendo a capacidade de se expressar.</p>	<p>Treinamento em habilidades sociais.</p>	<p>Melhoras significativas nos comportamentos inadequados das crianças e mudanças consideráveis nas interações intrafamiliares. Algumas das atividades realizadas nas sessões de treinamento foram elaboradas ou adaptadas pelos pais e aplicadas as situações domésticas, com relato dos pais.</p>
<p>Motta, D. C. (2011)</p>	<p>Ajudar as crianças a desenvolverem a capacidade de se tornar conscientes dos próprios sentimentos; reconhecerem e se identificarem com os sentimentos dos outros; comunicarem sensivelmente esse reconhecimento; decidirem pelo melhor comportamento para atender a situação; generalizarem esse tipo de comportamento para outras situações do dia a dia.</p>	<p>(1) discussão sobre os sentimentos; (2) explicações sobre empatia; (3) dramatização ou desempenho de papéis; (4) brincadeiras de grupo; (5) apresentação e discussão de filmes; (6) discussão e interpretação de contos e histórias; (7) exercício das habilidades trabalhadas, nas sessões, no dia a dia.</p>	<p>Melhora significativa da empatia dos participantes entre o início e o final da intervenção com a manutenção dos ganhos obtidos pelos grupos no follow-up. O treinamento foi considerado mais eficaz no grupo em que as crianças eram inicialmente menos empáticas.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2010)</p>	<p>Os temas das sessões foram: 1) Comunicação: começar e manter conversas; 2) Comunicação: perguntar e responder questões; 3) Expressar sentimentos positivos, fazer elogios, dar e receber feedback positivo, agradecer; 4) Conhecer os direitos humanos básicos; 5) Expressar e ouvir opiniões; 6) Diferenciar comportamento ativo pró-social e anti-social e comportamento passivo anti-social; 7) Expressar sentimentos negativos, dar e receber feedback negativo; 8) Fazer e recusar pedidos; 9) Lidar com críticas, admitir os próprios erros, desculpar-se; 10) Estabelecer limites: consistência na forma que pais e mães interagem; 11) Estabelecer limites: atitudes dificultadoras dos pais ao estabelecer limites; 12) Estabelecer limites: ignorar problemas de comportamento, beneficiar comportamentos pró-sociais, dar atenção, demonstrar afeto; 13) Estabelecer limites: pedir mudança de comportamento, estabelecer regras, dar consequências as regras, negociar; 14) tema livre.</p>	<p>O tema era discutido a partir das dificuldades encontradas pelos participantes no seu dia a dia.</p>	<p>O estudo foi efetivo em diminuir problemas externalizantes nas crianças, reduzir práticas educativas parentais negativas e aumentar as habilidades sociais dos pais, porém as práticas educativas parentais positivas não aumentaram.</p>
<p>De Salvo, C. G., Mazzarotto, I. H. K. & Lohr, S. S. (2005)</p>	<p>Crianças: habilidades sociais. Pais: análise e resolução conjunta de situações que vivenciavam com os filhos.</p>	<p>Crianças: atividades lúdicas. Pais: orientação em grupo.</p>	<p>Algumas crianças foram consideradas clínicas na pré-intervenção, porém na pós-intervenção nenhuma criança foi considerada clínica. Seus pais as perceberam como desempenhando mais comportamentos apropriados e pró-sociais do que antes de participarem da intervenção.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Dias, T. L., Enumo, S. R. F. & Junior, R. R. A. (2004)</p>	<p>(a) promover o desenvolvimento de habilidades do pensamento criativo; (b) propiciar o desenvolvimento na habilidade de solução de problemas pela elaboração de ideias; (c) desenvolver atitudes afetivo-motivacionais, de modo a conhecer e expressar seus sentimentos, apresentar atitudes de autoconfiança e interagir no grupo; (d) promover o desenvolvimento de habilidades cognitivas no âmbito geral, como também habilidades psicomotoras; (e) assegurar a promoção de um ambiente diferenciado do contexto de sala de aula.</p>	<p>Expressão de sentimentos, elaboração de ideias, imaginação/fantasia, adivinhação, desenho criativo, analogias e resolução de problemas.</p>	<p>Resultado favorável ao grupo experimental, com significativas correlações entre desempenho acadêmico e cognitivo.</p>
<p>Molina, R. C. M. & Del Prette, A. (2007)</p>	<p>Habilidades sociais.</p>	<p>Foram utilizados procedimentos lúdico-pedagógicos associados a técnicas de modelação, instrução, solução de problemas, feedback, <i>role playing</i> e tarefa de casa.</p>	<p>A maioria dos alunos do grupo de intervenção apresentou mudanças positivas em seu status (83,33%), enquanto que a maior parte dos estudantes do grupo de controle 1 e 2 permaneceu com o mesmo status da pré-intervenção.</p>
<p>Coelho, M. V. & Murta, S. G. (2007)</p>	<p>Princípios da análise do comportamento, práticas educativas parentais (Gomide, 2004), habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, no prelo; Silva e Marturano, 2002), enfrentamento a estressores externos (Marinho, 2005); responsividade na interação entre pais e filhos e convívio social e conjugal (Silva e Marturano, 2002).</p>	<p>Vivência grupal, relaxamento, técnica do rótulo, técnica reconhecendo e comunicando emoções, ensaio comportamental, exposição dialogada e jogo educativo.</p>	<p>Diminuição nas práticas educativas parentais negativas e aumento significativo nas práticas positivas e desenvolveram habilidades para lidar com outros eventos estressores além da relação pais e filhos ao longo da intervenção. Os pais também avaliaram positivamente as mudanças dos filhos, relatando melhoras nas atividades acadêmicas, no desenvolvimento de habilidades sociais e no desenvolvimento de cuidados em prol da própria saúde.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F. & Ribeiro, D. C. (2008)</p>	<p>Habilidades sociais educativas parentais.</p>	<p><i>Role-playing</i>, tarefa de casa, atividades de discussão, treino de repertório</p>	<p>Os resultados mostram um aumento no repertório de habilidades sociais educativas, especialmente em habilidades de comunicação, expressividade e estabelecimento de limites.</p>
<p>Rodrigues, M. C. & Silva, R. L. M. (2012)</p>	<p>O primeiro encontro objetivou a delimitação das regras e a explicação da dinâmica dos demais encontros. Seguiram-se quatro encontros os quais focalizaram o reconhecimento de sentimentos em si e nos outros. Os dois encontros seguintes buscaram demonstrar a importância da comunicação onde se expressa compreensão pelo sentimento ou experiência do outro. Nos três encontros subsequentes, focalizou-se a importância da solidariedade e as habilidades de pedir e oferecer ajuda. Os encontros seguintes destinaram-se a desenvolver a habilidade de compartilhar e de consolar.</p>	<p>Dramatização, desenhos, atividades lúdicas, histórias.</p>	<p>Houve incremento dos níveis de empatia e de manifestações pró-sociais.</p>
<p>Castro, R. E. F., Melo, M. H. S. & Silveira, E. F. M. (2003)</p>	<p>Professores: melhora do clima em sala de aula, resolução de conflitos e aprendizagem de regras. Crianças: treinamento de habilidades sociais. Pais: orientação.</p>	<p>Professores: não informa. Crianças: atendimento psicológico comportamental. Pais: orientação.</p>	<p>Efetiva mudança no status sociométrico das crianças atendidas quando comparadas com aquelas sem atendimento, com destaque para as classificadas como rejeitadas. E aproximação entre os perfis dos grupos de atendimento e de validação social.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Borges, D. S. C. & Marturano, E. M. (2003)</p>	<p>A intervenção compreendeu os três componentes incluídos no manual do programa (Shure, 1992), indicados para alunos do ensino fundamental. O primeiro é um currículo com 68 lições formais, organizado em três partes - Habilidades Prévias para Solução de Problemas, Habilidade de Solução de Problemas, Processo de Solução Cognitiva de Problemas Interpessoais. O segundo componente é um conjunto de sugestões para incorporar os princípios do EPRP no cotidiano da sala de aula e no currículo regular. O terceiro é uma proposta de "Diálogo EPRP", matriz de diálogo segundo as etapas de solução de problemas ensinadas no currículo, que ajuda a treinar as habilidades de pensamento recém adquiridas, negociar os relacionamentos e lidar com as frustrações.</p>	<p>Não informa.</p>	<p>Houve redução no número de crianças em conflito. Aumento das classes consideradas pró-sociais e diminuição daquelas consideradas anti-sociais. Apesar de nos dois grupos as crianças terem diminuído as soluções consideradas agressivas, no Grupo de Intervenção aumentaram as soluções consideradas como sendo características de negociação e de espera de oportunidades e no Grupo de Comparação aumentaram as soluções características de manipulação.</p>
<p>Del Prette et al., (2012)</p>	<p>As crianças assistiam a uma dramatização do livro infanto-juvenil: Já pensou se todo mundo torcesse pelo mesmo time? de Del Prette e Del Prette (2009);</p>	<p>Atividades lúdicas, dramatização, discussão.</p>	<p>A intervenção foi condição suficiente para produzir um impacto positivo e significativo na avaliação das crianças sobre o time adversário.</p>

Figura 3. Características dos programas analisados. (Continuação)

<p>Brum, E. H. M & Schermann, L. (2007)</p>	<p>Videofilmes (controle e experimental), elaborados especialmente para o estudo, com duração de 25 minutos cada um. O filme experimental contém 3 partes: 1. Familiarização: apresentação da UTIN com explicações sobre equipamentos e procedimentos, através do relato de profissionais da equipe multidisciplinar; 2. Capacidades sociais do bebê RN: relato de psicólogos enfocando e demonstrando as capacidades dos recém-nascidos – a termo e pré-termo – para formar vínculos 3. Depoimentos: depoimento de profissionais de saúde sobre bebês pré-termo e a importância da presença da mãe e do vínculo para a recuperação do bebê e depoimentos de mães com seus bebês de 9 meses que nasceram pré-termo, as quais mostraram fotos do período em que o bebê estava internado na UTIN. O videofilme controle também contém 3 partes: 1. Familiarização: apresentação da UTIN com explicações sobre equipamentos e procedimentos, através do relato de profissionais da equipe multidisciplinar; 2. Cuidados durante as rotinas dos bebês; relato de profissionais da saúde sobre os cuidados de rotina com os bebês. 3. Depoimentos: depoimento de profissionais de saúde sobre situações de cuidados de rotina de bebês pré-termo.</p>	<p>Apresentação de videofilme.</p>	<p>A intervenção não foi efetiva.</p>
---	--	------------------------------------	---------------------------------------

Em relação aos instrumentos de avaliação dos programas, a Figura 4 mostra que houve uma predominância no uso de escalas (15 ocorrências), em segundo lugar estão os questionários (7 ocorrências) e em terceiro lugar, as entrevistas (6 ocorrências). Uma lista de todos os instrumentos utilizados na avaliação dos programas está disponível no Anexo A.

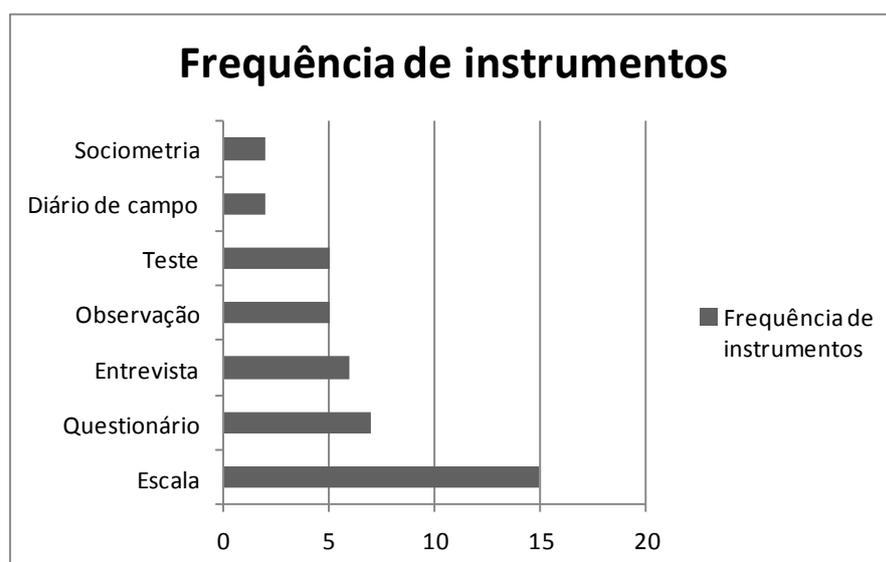


Figura 4. Frequência de tipos de instrumentos de avaliação dos programas.

Os instrumentos utilizados na avaliação dos programas estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Instrumentos utilizados nos programas de intervenção e sua frequência.

Instrumento	Frequência
Child Behavior Checklist (CBCL - Achenbach, 1991)	4
Entrevista	3
Sondagem de habilidades de solução de problemas interpessoais - PIPS (Shure, 1992).	2
Inventário de Habilidades Sociais (IHS, Del Prette & Del Prette, 2001).	2
Teste de Desempenho escolar (TDE - Stein, 1994);	2
Protocolo de Indicação Sociométrica (Coie, Dodge, & Copottelli, 1982)	2
Escala de Empatia para Crianças e Adolescentes (EECA) de Bryant (1982), adaptada para o Brasil por Koller, Camino e Ribeiro (2001)	2
Escala de Habilidade Sociais de Estudantes do Ensino Fundamental (traduzido por Del Prette, Del Prette &, Magalhães, 2009).	1
Avaliação do Desempenho Acadêmico	1
Avaliação do Comportamento dos Alunos	1
Diário de campo (Borges & Marturano, 2002).	1
Observação do comportamento em sala de aula (Mckinney, Mason, Perkerson &, Clifford, 1975)	1
Inventário de Estressores Escolares (Trivellato-Ferreira &, Marturano, 2008).	1
Indicador de Desempenho Pró-social - IDP (Borges, 2007).	1
Informações sobre a família das crianças (Barkley, 1997)	1
Questionário de Situações Domésticas – QSD (Barkley, 1997).	1
Inventário de Comportamentos Inoportunos (Barkley, 1997).	1
Teste de Empatia em Ceninhas (TEC - Motta e cols, 2006).	1
Teachers Rating of empathy (Barnett, Howard, Melton, & Dino, 1982)	1

Tabela 5. Instrumentos utilizados nos programas de intervenção e sua frequência.
(Continuação)

Empatia do Coleguinha adaptada de <i>Peer's Empathy Rating</i> (Barnett e cols., 1982)	1
Escala de Avaliação da Empatia do Aluno pelo Professor (Motta, 2011)	1
Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE_P, Bolsoni-Silva, 2008).	1
Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência (Bordin et al., 1995).	1
Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê (Shermann, Bohlin, & Hagekull, 1994)	1
Protocolo de Frequência de Comportamentos Interativos Mãe-Bebê (Bakeman & Gotiman, 1986)	1
WISC (Wechsler, 1964)	1
<i>Mother and Baby Scales</i> (MABS) (Wolke & Robert, 1987)	1
Matrizes Progressivas Coloridas de Raven - Escala Especial (MPC - Raven, 1947)	1
Escala de Diferencial Semântico (Del Prette et al., 2012)	1
Observações Assistemáticas.	1
Diário de Campo	1

Discussão

Os resultados indicam uma carência de estudos de intervenção com crianças para a promoção de competências (somente 16, num total de 4.184 estudos). Esse resultado evidencia que, embora, os dados indiquem uma alta prevalência de transtornos mentais e de fatores riscos nas crianças brasileiras, a quantidade de pesquisas que visam elaborar e testar programas de intervenção para a prevenção e promoção em saúde não é expressiva. A área da prevenção e promoção em saúde mental no Brasil ainda está aquém da demanda necessária, prevalecendo estudos voltados para a prevenção de patologias físicas (Oliveira, 2012). Soma-se a isso o fato de as políticas públicas em saúde mental não incluírem a prevenção e a promoção, tendo como principal foco a assistência aos portadores de transtornos mentais (Santos, 2006). Por outro lado, a ocorrência de estudos sinaliza a atenção de alguns pesquisadores para essa problemática.

O fato de a revisão ter encontrado a promoção de doze dos construtos do Desenvolvimento Positivo indica que, embora, a abordagem não seja amplamente divulgada no Brasil, suas ideias circundam o ambiente acadêmico. Além disso, a competência social e a emocional, que apresentaram maior frequência, ao serem desenvolvidas na infância contribuem para o desenvolvimento saudável e são consideradas fator de proteção (Cia,

Pamplin, & Del Prette, 2006). Por outro lado, a ausência dessas competências está associada à ocorrência de comportamentos internalizantes, comportamentos externalizantes e rejeição dos pares (Domitrovich, Cortes, & Greenbreg, 2007).

Os programas focam nos desenvolvimento de potencialidades das crianças, alguns incluem o seu contexto, envolvendo os pais e os professores nas intervenções e outros são voltados para a população em geral e não somente aquela em risco. Isso é de suma importância para a abordagem do Desenvolvimento Positivo, pois ela prevê que se as crianças e os adolescentes têm relações mutuamente benéficas com as pessoas e instituições de seu mundo social, eles irão se tornar adultos que contribuem positivamente para si mesmos, suas famílias, comunidade e sociedade (Catalano et al., 2002; Lerner, Almerigi, Theokas, & Lerner, 2005).

Os resultados também indicam o predomínio de estudos com crianças no domínio escolar. Intervenções realizadas na comunidade não foram localizadas, sinalizando ser este um domínio inexplorado pelas intervenções que objetivam promover determinadas competências nas crianças. Isso destoa da abordagem do Desenvolvimento Positivo, que tem a comunidade como principal local para a realização de intervenções, visto que ela favorece o desenvolvimento positivo nas crianças, por ser um ambiente composto por diversos contextos nos quais elas podem se engajar e modificar (Benson et al., 2006; Catalano et al., 2002).

Os resultados ainda evidenciam que os programas carecem de evidências sobre sua eficácia, embora dentro de suas limitações tenham obtido em sua maioria resultados positivos. Eles apontam a predominância de delineamentos quase-experimentais e pré-experimentais, o que implica em rigor insuficiente para lidar com ameaças à validade interna e externa destes estudos (Campbell & Stanley). Também há necessidade de estudos longitudinais, com a realização de *follow-up*, uma vez que é necessário saber se a promoção

dessas competências resulta numa trajetória de desenvolvimento mais positiva para as crianças. Ademais, a elaboração de intervenções eficazes contribui de modo a reduzir as consequências dos transtornos mentais sobre o indivíduo e a família, e diminuir os custos para os sistemas de saúde e para as comunidades (World Health Organization WHO, 2005).

O tamanho da amostra das intervenções é pequena prejudicando os resultados, pois amostras maiores aumentam a chance de encontrar uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo controle e o experimental (Patel, Doku, & Tennakoon, 2003). Outro ponto importante em relação à amostra é o fato de somente um estudo contemplar bebês e nenhum estudo considerar crianças menores de 5 anos, a intervenção precoce pode evitar ou reduzir a probabilidade de ocorrência de transtornos mentais na infância. Ademais, problemas sociais, comportamentais e emocionais em crianças de 0 a 5 anos, quando não tratados precocemente, geram baixo desempenho acadêmico e comportamento anti-social no futuro (Loeber, Farrington, & Petechuk, 2003). Logo, a fase pré-escolar parece ser um período estratégico para intervir com as crianças desenvolvendo suas potencialidades. Também não foram encontradas intervenções que contemplassem pais e mães adolescentes, outra lacuna, visto que a gravidez na adolescência é um importante fator de risco para a saúde mental das crianças (Rios, Williams, & Aiello, 2007) e das mães (Caputo & Bordin, 2007).

Quanto à avaliação de processo ela esteve presente em somente uma intervenção o que representa uma lacuna, uma vez que ela contribui para avaliar a fidelidade da aplicação da intervenção, fornece informações sobre aspectos a serem melhorados nas intervenções e seus dados ajudam na replicação dos programas (WHO, 2000).

A presente revisão apresenta como principal limitação o fato de utilizar o conteúdo das intervenções para localizar as condições promovidas nas intervenções, pois se tornou dependente de uma descrição acurada do mesmo nas publicações. É possível

que os programas analisados tenham promovido outros objetivos do Desenvolvimento Positivo, mas estes não tenham sido descritos. Outra limitação foi não incluir livros e manuais na revisão. Logo, a produção nacional pode não ter sido inteiramente descrita. Optou-se, contudo, por priorizar publicações avaliadas por pares, como é o caso de artigos, teses e dissertações. Deste modo, esta revisão tem alguma abrangência e rigor. Além disso, seus achados podem ser utilizados para o planejamento de estudos na área e para a formação profissional, no ensino de graduação e pós-graduação.

Conclui-se que a difusão da abordagem do Desenvolvimento Positivo no Brasil envolve uma agenda de pesquisa que inclui a inserção dessa abordagem nos programas de intervenção, pois devido a sua origem multidisciplinar essa abordagem proporciona uma linguagem acessível para todos os profissionais vinculados às crianças e adolescentes e líderes comunitários facilitando sua união no planejamento de programas (Small & Memmo, 2004). Sugere-se o aperfeiçoamento metodológico dos programas por meio de delineamentos mais rigorosos, amostras maiores, múltiplos informantes, grupos de comparação, avaliação de processo e o uso de métodos mistos. Ademais, propõe-se a criação de manuais para descrição de procedimentos usados, bases teóricas e possibilidades de adaptação, pois eles auxiliam na disseminação.

Sugere-se a elaboração de uma força tarefa entre pesquisadores e órgãos do Governo em prol do Desenvolvimento Positivo das crianças brasileiras. Essa força tarefa teria como objetivos o investimento no treinamento e aprimoramento de pesquisadores e profissionais nessa abordagem e o financiamento de pesquisas para que sejam desenvolvidos programas efetivos que possam ser inseridos na comunidade.

A parceria com a Educação também é fundamental. Por serem ambientes ligados à aprendizagem, as escolas são locais favoráveis para o ensino de competências. Além de unirem as crianças e suas famílias e refletirem aspectos das comunidades nas quais estão

inseridas. Isso seria facilitado se a atuação do psicólogo fosse obrigatória nas escolas, infelizmente o Projeto de lei Nº 3.688-C de 2000, que trata sobre a obrigatoriedade de um assistente social e um psicólogo nas escolas, ainda não foi votado no Congresso Nacional.

Os riscos aos quais as crianças e suas famílias estão expostos são tantos que tentar evitá-los transforma-se numa luta contínua e interminável. Por isso, o fortalecimento das crianças, de suas famílias e das comunidades, para que eles se tornem capazes de enfrentar essas adversidades, mostra-se mais efetivo que focar somente na prevenção de fatores de risco. A proposta da abordagem do Desenvolvimento Positivo é justamente fortalecer as crianças e seus ambientes por meio do incremento de suas potencialidades, para que elas sejam capazes de enfrentar as dificuldades e contribuir, em última instância, para o progresso da sociedade.

Referências

- Associação Brasileira de Psiquiatria (2008). *Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos*. Retirado de <http://www.abp.org.br/medicos/pesquisas/>.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., Sesma Jr., A., Hong, K. L., & Roehlkepartain, E. C. (2006). Positive youth development so far core hypotheses and their implications for policy and practice. *Search Institute Insights & Evidence*, 3, 1, 1-13. Retirado de : <http://www.search-institute.org/search-institute-insights-evidence>
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, G., Montagner, A. R., Bandeira, M., & Del Prette, A. (2006). Habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp.1-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Ribeiro, D. C. (2008). Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: Contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, 1, 1,19-27. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822008000100003.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 2, 125-142. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452008000200002&script=sci_arttext.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2010). Evaluation of group intervention for mothers/caretakers of kindergarten children with externalizing behavioral problems. *Revista Interamericana de Psicología*, 44, 3, 411-417. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420658002>
- Bolsoni-Silva, A. T., & Borelli, L. M. (2012). Treinamento de habilidades sociais educativas parentais: Comparação de procedimentos a partir do tempo de intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12, 1, 36-58. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812012000100003&script=sci_arttext.
- Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: apego*. (Vol 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1985). *Apego e perda: perda, tristeza e depressão*. (Vol 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Borges, D. S. C., & Marturano, E. M. (2003). Desenvolvendo habilidades de solução de problemas interpessoais no ensino fundamental. *Paidéia*, 12, 24, 185-193. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300007>.

- Borges, D. S. C., & Marturano, E. M. (2010). Melhorando a convivência em sala de aula: Responsabilidades compartilhadas. *Temas em Psicologia, 18*, 1, 123 – 136. Retirado de: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n1/PDF/v18n1a11.pdf>.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., . . . & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine, 9*, 90, 1-16. DOI:10.1186/1741-7015-9-90.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 793- 828). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17*, 2, 12-23. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200003&lng=pt&nrm=iso.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.
- Caputo, V. G., & Bordin, I. A. (2007). Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Revista de Saúde Pública, 41*, 4, 573-581. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400011>.
- Castro, R. E. F., Melo, M. H. S., & Silvaes, E. F. M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16*, 2, 309-318. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200011>.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on

- evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, 15, 98-124. DOI:10.1037/1522-3736.5.1.515a.
- Cia, F., Barham, E. J., & Fontaine, A. M. G. V. (2010). Impactos de uma intervenção com pais: O desempenho acadêmico e comportamento das crianças na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 3, 533-543. Recuperado de : <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400019>.
- Cia, F., Pamplin, R. C. O., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Comunicação e participação pais-filhos: Correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Paidéia*, 16, 35, 395-406. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300010>
- Coelho, M. V., & Murta, S. G. (2007). Treinamento de pais em grupo: Um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 24, 3, 333-341. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300005> .
- Cowen, E. L. (2000). Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, 28, 5-16. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:<5::AID-JCOP3>3.0.CO;2-H.
- Cunha, N., & Rodrigues, M. C. (2010). O desenvolvimento de competências psicossociais como fator de proteção ao desenvolvimento infantil. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, 1, 2, 235-248. Retirado de: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/8665>.
- Damon, W. (2004). What is positive youth development?. *The Annals of the American Academy*, 591, 13-24. DOI: 10.1177/0002716203260092.
- De Salvo, C. G., Mazzarotto, I. H. K., & Lohr, S. S. (2005). Promoção de habilidades sociais em pré-escolares. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 1, 46-55. Retirado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010412822005000100006&script=sci_arttext.

Del Prette, Z. A. P., Domeniconi, C., Amaro, L., Benitez, P., Laurenti, A., & Del Prette, A. (2012). Tolerância e respeito às diferenças: Efeitos de uma atividade educativa na escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14, 1, 168-182. Retirado de: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/3394>.

Dias, T. L., Enumo, S. R. F., & Junior, R. R. A. (2004). Influências de um programa de criatividade no desempenho cognitivo e acadêmico de alunos com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia em Estudo*, 9, 3, 429-437. Retirado de : <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000200009>.

Domitrovich, C. E., Cortes, R. C., & Greenberg, M. T. (2007). Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *The Journal of Primary Prevention*, 28, 2, 67-91. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265130>.

Erikson, E. H. (1963). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.

Kazdin, A. E. (1982). *Methods for clinical and applied settings*: New York: Oxford University Press.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil. Retirado de : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.

Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development: A view of issues. *Journal of Early Adolescence*, 25, 1, 10-16. DOI: 10.1177/0272431604273211.

Loeber, R., Farrington, D. P., & Petechuk, D. (2003). *Child delinquency: early intervention and prevention*. (Child Delinquency Bulletin Series, Maio 2003).

- Retirado de U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Retirado de:
https://www.co.ramsey.mn.us/NR/rdonlyres/82A097AE-978C-4F63-9C68-30B6829A7A2F/1745/ACE_Child.pdf.
- Menezes, J. C. L. (2013). *Desenvolvimento Positivo e saúde mental de crianças: Uma revisão sistemática de estudos brasileiros*. (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade de Brasília, Brasília.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em estudo, 11*, 3, 561-568. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300012>.
- Molina, R. C. M., & Del Prette, A. (2007). Mudança no *status* sociométrico negativo de alunos com dificuldades de aprendizagem. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 11*, 2, 299-310. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000200009>.
- Motta, D. C. (2011). Avaliação de um programa para o desenvolvimento da empatia em crianças no contexto escolar (Tese de Doutorado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperada de:
http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3712
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 2, 283-291. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017>.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*, 1, 1-8. Retirado de:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100002>.

Murta, S. G., Borges, F. A., Ribeiro, D. C., Rocha, E. P., Menezes, J. C. L., & Prado, M.

M. (2009). Prevenção primária em saúde na adolescência: Avaliação de um programa de habilidades de vida. *Estudos de Psicologia*, 14, 3, 181-189. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300001>.

Murta, S. G., Rosa, I. O., Menezes, J. C. L., Rieiro, M. R. S., Borges, O. S., Paulo, S.

G., . . . & Del Prette, Z. A. P. (2012). Direitos sexuais e reprodutivos na escola: Avaliação qualitativa de um estudo piloto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 3, 335-344. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000300009>.

Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área* (Dissertação de mestrado não publicada) Universidade de Brasília, Brasília.

Painel de Indicadores do SUS nº7. (sd). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf.

Paiva, F. S., & Rodrigues, M. C. (2008). Habilidades de vida: Uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3, 672-684. Retirado de <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a09.pdf>.

Patel, M., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9. Retirado de: <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/9/3/229>.

Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 3, 407-414. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300009>.

- Pittman, K., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., & Ferber, T. (2003). Preventing problems, promoting development, encouraging engagement: Competing priorities or inseparable goals?. Washington, DC: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies. Retirado de: www.forumfyi.org.
- Projeto de lei Nº 3.688-C de 2000. (2000). Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas escolas públicas de educação básica. Retirado de:
http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=487146&filename=REDACAO+FINAL+PL+3688/2000.
- Rios, K. S. A., Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2007). Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência & Saúde*, 4, 1, 6-11. Retirado de: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=114#.
- Rodrigues, M. C., & Silva, R. L. M. (2012). Avaliação de um programa de promoção da empatia implementado na educação infantil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12, 1, 59-75. Retirado de: <http://www.revispsi.uerj.br/v12n1/artigos/pdf/v12n1a04.pdf>
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P., & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resolução de problemas interpessoais: Promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15, 4, 831-839. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400019>.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 1, 83-89. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11, 2, 315-32. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200010>.

- Silva, M. P., & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: Uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 1, 136-143. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100018>.
- Small, S., & Memmo, M. (2004). Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of terms, concepts, and models. *Family Relations*, 53, 3-11. Retirado de: <http://www.jstor.org/stable/3700231>.
- World Health Organization. (2000). *Workbook 4: Process evaluations*. Retirado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5866_EN_4_process_evaluations.pdf
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa revisou sistematicamente as publicações científicas brasileiras relacionadas às intervenções promotoras de desenvolvimento positivo voltadas para crianças, seus pais ou cuidadores, e/ou seus professores. Especificamente, analisou-se as características destas intervenções, os métodos de avaliação usados e seus resultados. Além da revisão, foram elaborados dois artigos teóricos. O primeiro discutiu os conceitos de saúde mental, prevenção e promoção, apresentou as políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde mental infanto-juvenil e discorreu mudanças necessárias para a melhora da saúde mental dessa população no Brasil. Ele contribuiu para estabelecer conceitos centrais na área da saúde mental e apresentar lacunas na área da prevenção e promoção em saúde mental tanto em relação às políticas públicas cujo principal foco é o auxílio ao portador de transtorno mental, quanto à área da pesquisa que não apresenta organizações de pesquisadores e periódicos especializados. O artigo ainda ressaltou a abordagem do Desenvolvimento Positivo como uma alternativa para o cenário brasileiro, pois é uma combinação eficaz de programas voltados tanto para a promoção, quanto para a prevenção; facilita a atuação junto à comunidade colaborando na modificação do sistema social, aspecto fundamental para a promoção do bem-estar; e favorece uma atuação multidisciplinar.

O segundo artigo descreveu a origem, a definição, o embasamento e o impacto da abordagem do Desenvolvimento Positivo na área da prevenção em saúde mental. Além disso, discutiu-se a inserção dessa nova abordagem no Brasil. Entre suas principais contribuições estão a contextualização da origem da abordagem e seus aspectos multidisciplinares; apresentar as dificuldades e desafios da implementação da abordagem; apontar mudanças necessárias para que a abordagem seja inserida no Brasil, com destaque

para mudanças nas políticas públicas, que devem contemplar a prevenção e a promoção em saúde mental e mudanças culturais relativas à visão das crianças e adolescentes como ativos em seu desenvolvimento e com potencialidades que podem ser desenvolvidas.

Em relação ao artigo de revisão os principais resultados evidenciaram uma carência de estudos voltados para a prevenção e promoção da saúde mental de crianças, principalmente aquelas menores de 5 anos, a necessidade do aprimoramento metodológico das intervenções e a ausência da aplicação de programas na comunidade. Por outro lado, os resultados também indicaram pontos positivos, com destaque para o fato dos achados apontarem 12 construtos do Desenvolvimento Positivo como parte do conteúdo dos programas, principalmente considerando que as principais competências desenvolvidas são importantes fatores de proteção à saúde mental de crianças; a inclusão do contexto das crianças nas intervenções; e o uso de escolas para a aplicação das intervenções.

No que concerne às contribuições deste estudo, destaca-se seu caráter inovador. A temática abordada é ainda pouco estudada e carece de discussão no contexto nacional. A pesquisa apresentou como pontos fortes priorizar publicações avaliadas por pares, como é o caso de artigos, teses e dissertações, fornecendo abrangência e rigor. No aspecto metodológico, foram priorizadas publicações avaliadas por pares, como é o caso de artigos, teses e dissertações, fornecendo alguma abrangência e rigor. Ademais, seus resultados podem ser utilizados para o planejamento de estudos na área e para a formação profissional, no ensino de graduação e pós-graduação.

Este estudo apresenta duas limitações. A primeira é a utilização do conteúdo descrito das intervenções para localizar as condições promovidas nas intervenções, pois se tornou dependente de uma descrição acurada do mesmo nas publicações. É possível que os programas analisados tenham promovido outros objetivos do Desenvolvimento Positivo, mas esses não tenham sido descritos. Uma segunda limitação é a não inclusão

de livros e manuais na revisão, o que pode não ter contemplado toda produção nacional referente ao tema. Mesmo com limitações, os resultados encontrados na revisão indicam modificações que podem ser realizadas visando a inserção da abordagem do Desenvolvimento Positivo no Brasil, elas incluem mudanças nos programas de intervenção, nas políticas públicas e na cultura. Mesmo com limitações, os resultados encontrados na revisão indicam modificações que podem ser realizadas visando a inserção da abordagem do Desenvolvimento Positivo no Brasil, elas incluem mudanças nos programas de intervenção, nas políticas públicas e na cultura.

Em relação aos programas de intervenção, os resultados desta revisão indicam a necessidade de melhorias metodológicas. Os delineamentos podem ser aprimorados por meio da utilização de métodos quantitativos e qualitativos; cuidando da validade interna por meio da utilização de grupos controle e da externa, com o uso de amostras maiores; medindo a relação custo benefício, por meio de avaliação econômica ou de eficiência; fazendo avaliação de processo para clarificar porque as intervenções foram afetivas ou não; e avaliando o impacto em longo prazo para verificar se as melhorias promovidas pela intervenção resultaram numa trajetória positiva de desenvolvimento. Isso é possível por intermédio de estudos longitudinais. Eles fornecem essa evolução numa perspectiva temporal. Outra possibilidade é a adaptação cultural de intervenções de outros países. A adaptação cultural refere-se à modificação sistematizada da estrutura da intervenção de acordo com o padrão cultural, valores, linguagem e contexto do público-alvo. Dessa forma, a intervenção adaptada deve ser adequada às necessidades e características da população alvo, sendo essa uma condição

indispensável para adesão dos participantes à intervenção e para a efetividade da mesma (Resnicow, Soler, Braithwait, Ahluwalia, Butler, 2000)¹.

Ademais, o aprimoramento metodológico das intervenções ao melhorar a qualidade das mesmas, fomenta as práticas baseadas em evidências disponibilizando para o Estado programas efetivos que podem ser disseminados para toda população. Contudo, o aprimoramento metodológico desses programas apresentam dois desafios. O primeiro em relação a amostras maiores, pois estudos com muitos participantes requerem uma equipe grande para a intervenção e um alto investimento. O segundo sobre a realização de estudos longitudinais, uma vez que esse tipo de estudo é caro e necessita de apoio financeiro para se concretizar.

As intervenções analisadas carecem de modelos ecológicos que incluam a criança e seus contextos. Não foi possível constatar se essa limitação decorre do baixo orçamento para as intervenções, da não adoção dessa perspectiva ecológica por parte dos pesquisadores, ou ainda de outras razões.

No que diz respeito às políticas públicas elas precisam contemplar a prevenção de transtornos mentais e a promoção da saúde mental de toda a população, não somente daqueles que já estão doentes. Isso é essencial no caso das crianças. A presença de psicopatologias na infância afeta o bem-estar e a qualidade de vida durante toda a vida. O Estado precisa investir nas crianças. Elas são o futuro, por isso o desenvolvimento de suas potencialidades e do contexto em que vivem, preconizado pela abordagem do Desenvolvimento Positivo, é tão importante.

¹ Castro, F. G., Barrera Jr., M. & Steiker, L. K. H. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032.

Por fim, no que se refere à cultura, esse investimento social envolve mudanças culturais, no sentido de tratar as crianças como possíveis de serem empoderadas, protagonistas em seu desenvolvimento e de compreender que seu crescimento ocorre na sua relação com sua família, sua escola, seus pares e sua comunidade. Por isso, é fundamental capacitar familiares, professores e comunidade para que eles sejam fontes que impulsionem esse crescimento. Tal capacitação pode se dar por meio de programas de intervenção para prevenção e promoção em saúde mental, campanhas educativas, mudanças nos currículos das escolas. Avanços nesta agenda de pesquisa, em políticas públicas e na cultura poderão favorecer para termos crianças mais saudáveis e um futuro mais próspero.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de codificação

Número do artigo, dissertação ou tese	
Autores e ano	
Objetivo do estudo	
Desenho	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pré- experimental <input type="radio"/> Quase-experimental <input type="radio"/> Experimental
Participantes	Quem são _____ Idades _____ Quantidades _____
Condição promovida	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Resiliência <input type="radio"/> Vínculo <input type="radio"/> competência social <input type="radio"/> competência emocional <input type="radio"/> competência cognitiva <input type="radio"/> competência comportamental <input type="radio"/> competência moral <input type="radio"/> autodeterminação <input type="radio"/> espiritualidade <input type="radio"/> autoeficácia <input type="radio"/> identidade positiva <input type="radio"/> a crença no futuro <input type="radio"/> o reconhecimento para o comportamento positivo <input type="radio"/> oportunidades para o envolvimento pró-social <input type="radio"/> normas pró-sociais.

Conteúdo das intervenções	
Foco da intervenção	<input type="radio"/> Pessoa <input type="radio"/> Ambiente <input type="radio"/> Ambos
Formato da intervenção	Frequências das sessões <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Outra: _____ Duração das sessões _____ Número total de sessões _____ Duração da intervenção _____ Local de realização das sessões <input type="radio"/> Escola <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Clínica-escola <input type="radio"/> Comunidade <input type="radio"/> Outro: _____
Avaliação de Processo	<input type="radio"/> Sim Técnica utilizada _____ O que avaliou _____ <input type="radio"/> Não
<i>Follow-up</i>	<input type="radio"/> Sim Tempo _____ <input type="radio"/> Não
Resultados da intervenção	
Instrumentos	Nomes _____ Tipos _____