

## **A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família**

The Extended Clinic and the Social Assistance Politics: an Experience with Teenagers in the Program of Comprehensive Attention to the Family

Recebido em 16/09/2008; Aceito em 10/03/2009.

**Sheila Giardini Murta<sup>1</sup>**

Universidade Católica de Goiás/Departamento de Psicologia

**Tanimar Pereira Coelho Marinho**

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

### **Resumo**

Este artigo descreve uma experiência de atuação no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). O PAIF está vinculado às políticas de assistência social e objetiva promover a geração de emprego e renda, autonomia e empoderamento de famílias em situação de vulnerabilidade social. A experiência aqui descrita foi conduzida por profissionais de psicologia e serviço social, junto a um grupo de nove adolescentes, e baseou-se nos estudos sobre resiliência. Foi feita uma oficina psicoeducativa, em dez encontros, que buscou fortalecer fatores de proteção individuais, como auto-conceito positivo, habilidades sociais e habilidades saudáveis de enfrentamento às demandas da vida cotidiana. A observação dos relatos dos adolescentes durante as sessões permitiu constatar adesão ao grupo, auto-revelações de problemas, percepção de recursos de enfrentamento, reconstrução dos vínculos entre eles e fortalecimento do senso de identidade. São discutidos os fatores do contexto que prejudicaram ou facilitaram o andamento do trabalho, os desafios percebidos na atuação interprofissional e as implicações para a formação profissional.

Palavras-chave: Programa de Atenção Integral à Família; prevenção; clínica ampliada.

---

<sup>1</sup> Profa. Dra. - Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Avenida Universitária, N. 1440, Setor Universitário, Goiânia, GO. CEP: 74605 – 010. E-mail: [murta@cultura.com.br](mailto:murta@cultura.com.br).

### **Abstract**

This paper describes an experience of intervention in the Program of Comprehensive Attention to the Family (PAIF). The PAIF is part of the social assistance politics and aims to promote the generation of employment, autonomy and empowerment of families in situation of social vulnerability. The experience reported was conducted by professionals of psychology and social work, with a group of nine adolescents, and was based on resiliency studies. It was done an psychoeducational workshop, in ten group sessions, that focused on strengthen individual protective factors, such as positive self concept, social skills and health coping strategies to everyday life demands. The observation of the adolescents reports during the sessions allow to identify adherence to the group, problems self-reveal, insights on coping resources, reconstruction of the bonds among them and strengthening of the identity. It is discussed the contextual factors the supported and impaired the implementation of the intervention, the challenges for the interprofessional work and the implications for the professional formation.

Keywords: Program of Comprehensive Attention to the Family; prevention; extended clinic.

### **Introdução**

Diversos autores têm discutido a atuação do psicólogo clínico para além do *setting* tradicional (Costa & Brandão, 2005; Dutra, 2004; Portela, 2008; Ferreira Neto, 2008). A atuação clínica em contextos comunitários tem recebido diferentes denominações, como “clínica ampliada”, “clínica social” e “clínica transdisciplinar” (Ferreira Neto, 2008). Contrapondo-se à atuação em consultórios privados, de modo autônomo e isolado, com ênfase na condução de psicoterapia individual e avaliações psicodiagnósticas, a atuação em psicologia clínica na comunidade se caracteriza por aquela desenvolvida em equipe multiprofissional, com procedimentos diversos como oficinas, grupos psicoeducativos e visitas domiciliares, buscando alcançar pequenos ou grandes grupos, cujo sofrimento pode ou não incluir patologias instaladas. Assim, a clínica se torna de fato ampliada em todos os sentidos: quanto ao seu foco de intervenção (de indivíduos para coletividades), ao espaço físico (da sala privativa e confortável às instituições diversas), à população atendida (de pessoas de classe social abastada à pessoas de baixa renda), às suas estratégias (da psicoterapia individual à terapia comunitária e campanhas educativas), às suas teorias (das voltadas para o intrapessoal às ecológicas), aos agentes de execução do trabalho (do trabalho conduzido apenas pelo psicólogo ao conduzido

por profissionais com diferentes saberes) e aos níveis de prevenção (do tratamento e reabilitação à prevenção e promoção de saúde).

A entrada dos psicólogos no campo da saúde pública muito contribuiu para tal expansão (Lo Bianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994; Spink & Matta, 2007). Assim, a inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) tem favorecido fortemente a atuação da psicologia no campo das políticas públicas no Brasil, tanto na atenção básica (Camargo-Borges & Cardoso, 2005) quanto na atenção de média e alta complexidade (Tonetto & Gomes, 2007), fortalecendo as dimensões política e ética que devem caracterizar a nossa ação profissional. Mais recentemente, nos últimos cinco anos, além das políticas públicas em saúde, também as políticas públicas de assistência social têm sido responsáveis pela larga inserção do psicólogo nas comunidades. A assistência social é uma política pública de proteção social e foi assegurada na Constituição Federal, de 1988, como um direito de todos os que estiverem em situação de risco pessoal e social. No Brasil, a assistência social, ao lado da saúde e da previdência social, integra o sistema de seguridade social. A Política Nacional de Assistência Social hoje em vigor foi aprovada pela Resolução N° 145, de 15 de outubro de 2004. É regida pelo Sistema Único de Assistência Social, criado em 2003. Em seu conjunto, os programas, projetos, serviços e benefícios da assistência social visam à inclusão social e ao empoderamento das famílias em situação de vulnerabilidade social. Não se trata de ações tuteladoras, mas promotoras do acesso a bens e serviços da sociedade e da autonomia dos seus destinatários (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social/Conselho Nacional de Assistência Social, 2007).

À semelhança do SUS, também a assistência social está organizada em três níveis de proteção: proteção social básica, proteção social especial de média complexidade e proteção social especial de alta complexidade. Enquanto a proteção social básica tem um cunho preventivo, os dois últimos níveis de proteção social se destinam as famílias em situação de risco pessoal e social e violação de direitos humanos, com vínculos comunitários e familiares rompidos (na proteção especial de alta complexidade) ou preservados (na proteção especial de média complexidade), como em situação de abandono, abuso sexual, maus tratos físicos e psíquicos, abuso de drogas, situação de rua, trabalho infantil e cumprimento de medidas socioeducativas, com ou sem restrição da liberdade (Ministério do Desenvolvimento Social e

Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social/Conselho Nacional de Assistência Social, 2007). Este artigo pretende abordar uma experiência de atuação em um dos programas de proteção social básica, o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), oferecido nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

### **Programa de Atenção Integral à Família**

O Programa de Atenção Integral à Família vem sendo implementado em todo o território nacional desde 2004, nos municípios pequenos, médios, grandes e nas metrópoles. As equipes de trabalho são compostas por técnicos de nível superior (assistentes sociais e psicólogos) e de nível médio, com número de integrantes variável, conforme o tamanho do município e número de famílias atendidas (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006). É um programa social de caráter preventivo e tem como foco a geração de emprego e renda, o fortalecimento dos laços sociais, a autonomia e o empoderamento de famílias em situação de risco social, além da prevenção ou redução da violência. As famílias que constituem o público-alvo do PAIF são privadas dos bens culturais e materiais produzidos pela sociedade e expostas a diversos fatores de risco, como condições precárias de moradia, o desemprego ou subemprego, a violência na comunidade, a violência doméstica e o abuso de álcool e outras drogas. Nas grandes cidades, eventos, tal como a migração, tornam os laços comunitários e o pertencimento social mais fragilizados. Nas pequenas cidades, a ausência ou precariedade de serviços públicos também contribui para a pobreza da rede de apoio social destas famílias. O PAIF visa, precisamente, quebrar o ciclo de reprodução da pobreza, através de intervenções que levem à construção de autonomia e de novas estratégias de enfrentamento às demandas cotidianas. O que se pretende é inverter a situação de desamparo aprendido em que as famílias se encontram, sensibilizá-las e instrumentalizá-las para a adoção de novos cursos de ação, tais como a busca de recursos na comunidade para a geração de emprego e renda, o exercício dos direitos e a reconstrução de vínculos afetivos violentos.

Os profissionais e serviços oferecidos pelo PAIF se constituem como meios para fomentar junto às famílias o seu protagonismo frente à própria vida. Para tanto, o PAIF foi idealizado para intervir junto à família em todos os estágios da vida: a família sem filhos, a família

gestante, a família com filhos pequenos, a família com filhos adolescentes, a família com filhos adultos, a família em meia idade e a família nos estágios tardios da vida. Em cada estágio, intervenções específicas podem ser conduzidas, destinadas a atender às demandas desenvolvimentais típicas de cada fase da vida. A título ilustrativo, podem ser citadas visitas domiciliares destinadas a favorecer o apego mãe-bebê e a prevenção precoce de maus tratos, oficinas para prevenção de abuso sexual junto a crianças em idade escolar, oficinas de geração de emprego e renda para mães jovens, campanhas educativas acerca dos direitos da mulher e grupos psicoeducativos para resignificação do envelhecimento junto a idosos. É comum a realização destas intervenções em parceria com outros programas públicos ou serviços existentes na comunidade, como centros de educação infantil, escolas, igrejas, rádios comunitárias, centros de convivência para a terceira idade, Conselho Tutelar, Programa Sentinela, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Unidades Básicas de Saúde e grupos diversos. Assim se concretiza o trabalho em rede, isto é, a articulação entre as várias políticas sociais e entre estas e as políticas educacionais e em saúde, além de outras (Araújo & Rocha, 2007; Souza & Carvalho, 2003).

Nesta trajetória, ações dirigidas a adolescentes se tornam cruciais, por ser esta uma fase em que os papéis adultos vão sendo gerados. Intervenções na adolescência podem fortalecer a construção de projetos de vida que permitam o desenvolvimento do potencial pleno para exercício dos papéis profissionais, parentais e conjugais (Roe-Sepowitz & Thyer, 2004), além de encorajar estilos de vida saudáveis que poderão minimizar índices de morbidade e mortalidade na fase adulta (Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). Dito de outra forma, intervenções preventivas podem reduzir comportamentos de risco para a gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, abuso de drogas (Gorayeb, Cunha Netto & Bugliani, 2003; Moddy, Childs & Sepples, 2003), reprodução da violência e criminalidade (Feder, Levant & Dean, 2007; Rojas, 1997;) e suicídio (Goldston et al., 2008; McCarter, Sowers & Dulmus, 2004), dentre outros problemas.

Um dos possíveis modelos teóricos úteis para fundamentar tais intervenções é o modelo da resiliência. Resiliência diz respeito à capacidade de superação de condições adversas ou traumáticas (Ceconello & Koller, 2000; Meschke & Patterson, 2003; Pinheiro, 2004; Yunes, 2003). Trata-se de uma capacidade aprendida, passível de ser fomentada a partir de fatores de

proteção individuais (como habilidades sociais e auto-estima), familiares (como práticas educativas parentais firmes e afetuosas) e comunitários (como acesso a bibliotecas e serviços de saúde) (Assis, Pesce & Avanci, 2006; Masten & Coatsworth, 1998; Nettles, Mucherah & Jones, 2000; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2005). Muitas destas intervenções são feitas em grupo, em escolas, com vistas a aumentar competências individuais, como criatividade, ou reduzir problemas, como agressividade, por meio de grupos psicoeducacionais e grupos de solução de problemas interpessoais (Kulic, Horne & Dagley, 2004).

A eficácia e efetividade de intervenções preventivas grupais na adolescência têm sido documentadas na literatura (Durlak & Wells, 1997; Shochet et al., 2001). Em função disto e também da proposta metodológica do PAIF, foi realizado no PAIF de uma cidade do entorno de Goiânia uma intervenção em grupo junto a adolescentes, com propósito preventivo. O objetivo geral do grupo era favorecer a resiliência dos participantes por meio da identificação e fortalecimento de fatores de proteção presentes em suas vidas e ambientes circundantes.

### **Relato de Experiência**

Participaram do grupo nove adolescentes, sendo cinco meninas e quatro meninos, que cursavam a oitava série do ensino fundamental. Eram provenientes de famílias de baixa renda, residiam em um bairro considerado violento na cidade e freqüentavam o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI. Este é um outro programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que atende a crianças entre sete e 14 anos, oferecendo reforço escolar e atividades lúdicas, esportivas e culturais. Tais atividades ocorrem no horário em que a criança não está na escola, de tal forma a diminuir as chances de que esta exerça alguma atividade de trabalho que seja nociva à sua saúde ou fique nas ruas, enquanto recebe uma bolsa se tiver assiduidade no programa.

O grupo ocorreu no espaço físico do PETI, em uma sala para trabalhos grupais, com cadeiras, mesa e prateleiras, que serviam como espaço para armazenar o material de trabalho. Material de papelaria, como lápis de cor e papel pardo; material permanente, como TV e vídeo; e material de arte, como argila e tinta, foram usados ao longo das sessões. O grupo foi do tipo oficina psicoeducativa e se deu ao longo de dez encontros, com duração de 90 minutos cada

encontro, uma vez por semana. As sessões foram conduzidas pela psicóloga, com o apoio da assistente social.

A análise do contexto em que os adolescentes estavam inseridos e a consulta à literatura em prevenção na adolescência (Jeolás & Ferrari, 2003; Murta, 2008; Wagner & Oliveira, 2007) nos levaram a compor o conteúdo da intervenção. Os temas-geradores foram autoconceito; auto-estima; história pessoal; *locus* de controle interno e estratégias saudáveis de enfrentamento focado no problema e na emoção; função dos sentimentos; formas de comunicação violenta e abuso psicológico; expressão assertiva de sentimentos *versus* expressão passiva ou agressiva; dar *feedback* para o colega; receber *feedback* do colega; enfrentamento à pressão grupal para comportamentos de risco à saúde na adolescência; desejos gerais para o futuro; preferências profissionais para o futuro; direitos da criança e do adolescente; violência percebida na comunidade; fatores de proteção presentes em si mesmo, na família, na escola, no PETI e na comunidade; criminalidade e potencial para mudança ao longo da vida; construção da masculinidade e feminilidade e riscos associados ao estereótipo masculino e feminino; relações de namoro na adolescência e projeto de vida.

Diversas técnicas foram utilizadas, como jogos de grupo, relaxamento, visualização, pintura em papel, escultura com argila, colagem, discussão da música “Problema Social” (cantada por Seu Jorge e escrita por Guará e Fernandinho), discussão dos filmes “*Billy Elliot*” (voltado para escolha profissional na adolescência) e “Acorda Raimundo, Acorda” (focado em papéis de gênero), dramatizações, exposição dialogada e fornecimento de instruções. A sessão era composta por três fases: boas vindas e *rappont*, implementação das técnicas planejadas para o dia e avaliação da sessão. Nesta avaliação final, os participantes eram convidados a relatar como estavam se sentindo ao fim de cada encontro e o que gostariam de ressaltar sobre os pontos positivos, negativos e sugestões para as próximas sessões. Além desta avaliação, falas relevantes dos participantes foram observadas e registradas por meio de registro anedótico, ao final das sessões, especialmente quando se referiam ao relato de fatores de riscos aos quais estavam expostos ou aos progressos ou descobertas provocados pela participação no grupo. Ao longo do trabalho, buscou-se conduzir o grupo de modo a ouvir com empatia, valorizar progressos imediatamente após sua ocorrência, encorajar a identificação de desejos e a construção de metas de vida e instigar a percepção de recursos pessoais e comunitários para

enfrentamento às situações. Procurou-se ainda discutir uma concepção de homem passível de mudança e de aprendizagem de novos modos de ser, a partir da busca ativa de recursos para crescer, em coerência com o modelo da resiliência.

A observação direta e sistemática do comportamento verbal dos participantes frente ao grupo permitiu identificar diversos indicadores positivos: adesão ao grupo (ex.: participação nas atividades propostas), auto-revelações de problemas (ex.: menção ao pai alcoolista e ao sofrimento familiar decorrente disto), percepção de recursos (ex.: estudar pode ser um caminho para se ter a profissão que se quer ter), reconstrução dos vínculos entre eles (ex.: inclusão no grupo de uma participante antes discriminada) e fortalecimento do senso de identidade (ex.: identificação de preferências pessoais e desejos).

Aspectos negativos observados foram: não verbalização de alguns participantes durante as sessões, ainda que comparecessem aos encontros com regularidade; sessões muito distantes umas das outras (por ocasião de feriados como Copa do Mundo, ou outros eventos concorrentes com o grupo); e, duração curta do grupo, tendo em vista a grande quantidade de fatores de risco aos quais os adolescentes estavam expostos. É como se o grupo tivesse sido finalizado quando começou a gerar resultados. Possivelmente, um número maior de sessões fosse o adequado para obtenção de resultados mais sólidos e estáveis ao longo do tempo, em especial para aqueles participantes que tiveram sua adesão ao grupo comprometida.

### **Discussão**

No conjunto, estes indicadores, também percebidos pelo professor e direção do PETI, levam à conclusão de que o grupo foi bem sucedido, de modo geral. Pode-se considerar como fatores facilitadores deste trabalho o suporte da administração do PETI e do educador responsável pelos alunos e o contexto. Os adolescentes já estavam lá e foram acessados em seu local de estudo, o que reduzia a chance deles faltarem às sessões. Por outro lado, foram fatores dificultadores as condições de trabalho do PAIF, como interrupções para a realização de outras tarefas que impediam que as sessões fossem feitas com a periodicidade semanal planejada ao início do trabalho. Este aspecto, aliado aos feriados, pode ter comprometido a “dose fornecida”



e a “dose recebida”, isto é, menos horas de intervenção foram oferecidas e menos uso da intervenção foi feito pelos adolescentes (Steckler & Linnan, 2002).

Isto considerado, pode-se dizer que a intervenção, idealmente, precisava ter uma duração maior para fortalecer o componente do enfrentamento e busca de recursos externos, como a busca de informação para o mundo do trabalho. Para ilustrar isto, foi decidido pelo grupo e pela equipe que eles receberiam a visita de um bombeiro e um médico, para que pudessem conversar sobre estas profissões, que estavam entre as profissões que alguns deles queriam ter no futuro. Contudo, isto não pôde ser feito pelas razões citadas anteriormente.

Dada a juventude do PAIF, ainda estão sendo construídos modelos de atuação que sejam adequados para o propósito preventivo do programa. Neste sentido, a experiência de intervenção aqui apresentada aponta algumas contribuições. Uma primeira contribuição deste trabalho foi a condução de uma intervenção teoricamente embasada. No primeiro aspecto, o uso da perspectiva da resiliência permitiu planejar e conduzir as sessões, explorando os diversos fatores de proteção individuais, apontados pela literatura, como habilidades sociais e habilidades de solução de problemas. Os fatores de proteção familiares e comunitários foram pouco explorados nesta intervenção. No caso da família, fez-se uma tentativa de grupo de pais, mas este não foi adiante, possivelmente pelo horário escolhido (fim da tarde), que competia com o trabalho dos pais. Além disto, a sensibilização dos pais para aderirem ao grupo foi insuficiente: eles foram convidados por meio de um bilhete escrito, enviado pela direção do PETI. Diferente disto, contatos face-a-face em visitas domiciliares seriam uma alternativa potencialmente mais bem sucedida, o que não pôde ser feito em função de limitações do contexto e da equipe de trabalho. Ainda que nem todos os fatores de proteção tenham sido trabalhados, acreditamos que novas intervenções que se baseiem nos estudos sobre resiliência terão mais chance de considerar os fatores sociais e comunitários, para além do viés individual, principal crítica à psicologia clínica tradicional. A segunda contribuição desta experiência se refere ao tipo de prevenção feita, com todos os adolescentes de uma das salas de aula do PETI. Este tipo de prevenção, chamada prevenção universal, é considerada mais adequada do que a prevenção indicada. Esta consiste em trabalhar apenas com os indivíduos ‘problema’, isto é, com os adolescentes que já apresentassem sintomas indicadores de alguma patologia. Este tipo de prevenção poderia ser estigmatizante, gerando efeitos colaterais. A terceira contribuição

deste estudo diz respeito aos procedimentos usados para avaliação, os quais se basearam na observação direta e sistemática do comportamento, com registros anedóticos feitos imediatamente após a sessão. Esta foi uma medida não intrusiva, e que dispensava familiaridade com a escrita, normalmente exigida quando se usam questionários ou escalas para avaliação pré e pós-intervenção. Este tipo de medida, uma escala de avaliação de estresse em adolescentes, foi usado no começo da intervenção como avaliação inicial, mas não voltou a ser usado uma vez que se constatou que alguns dos adolescentes tiveram problemas na compreensão do instrumento e o tempo gasto para responder foi excessivamente longo. Estes efeitos indesejáveis foram evitados ao final do grupo, fazendo-se opção exclusiva pelo uso da observação direta. Sabe-se que conciliar intervenção e avaliação não é tarefa fácil no cotidiano profissional. Por isso, considera-se que a opção feita neste trabalho foi adequada, por ser de baixo custo e por resultar em indicadores úteis de avaliação de processo e resultados. É pertinente dizer que esta e outras avaliações das ações do PAIF se fazem necessárias a fim de se monitorar permanentemente os sucessos e fragilidades do programa, de tal forma que as fragilidades possam ser corrigidas e os acertos disseminados. Assim, os recursos públicos poderão ser usados em ações com resolutividade, sem desperdício de nossos esforços e das reservas financeiras que pertencem ao povo.

Um desafio foi a atuação interdisciplinar. As sessões foram conduzidas de modo separado, ou pela psicóloga, ou pela assistente social. Isto pode estar revelando uma dificuldade de articulação entre saberes diferentes, possivelmente originada na formação de graduação (Furtado, 2007). De fato, a atuação em equipe parece ser um tema pouco contemplado nos currículos em Psicologia e Serviço Social, ainda que todos saibam da relevância desta integração. Um outro ponto é a própria definição de papéis do psicólogo e do assistente social nas ações do PAIF. Acredita-se que, estando o programa em sua fase inicial de experimentação, ainda se está aprendendo a trabalhar em conjunto, o que supõe erros e acertos. De todo modo, a meta seria uma atuação integrada, sem mutilar ou violentar especificidades do papel profissional de cada área. No caso desta intervenção, uma condução compartilhada das sessões entre a psicóloga e a assistente social poderia gerar uma consciência maior dos fatores de proteção da comunidade, os quais são fortemente trabalhados pelo Serviço Social, e foram

relativamente pouco explorados nesta intervenção. Certamente, a atuação em equipe interdisciplinar é uma temática necessária para a capacitação das equipes do PAIF.

Deve-se salientar que intervenções conjugadas, focando o adolescente, o educador e a família, seriam recomendadas para maior promoção de resiliência. Para tanto, o preparo e integração da equipe e o cuidado com as condições de trabalho se fazem necessários para a fidelidade ou integridade do PAIF, isto é, para que as intervenções sejam feitas tal como concebidas na origem do programa. Em outras palavras, a equipe precisa saber o que fazer, como fazer, querer fazer e ser permitida a fazer. Portanto, formação profissional e gestão das condições de trabalho se fazem indispensáveis para o bom andamento das intervenções integrantes do PAIF. Nesta linha, este programa poderá se tornar aquilo que ele pretende ser: uma das formas cruciais de se quebrar o ciclo da pobreza e de se encorajar projetos de vida e vidas com autoria e autonomia.

Por fim, sugere-se que se fortaleça a articulação entre os gestores das políticas de assistência social, as equipes dos CRAS, os pesquisadores que atuam em prevenção e as agências formadoras. Este esforço conjunto poderá ser útil para se avaliar o processo e o impacto das ações do PAIF, de tal forma que sejam constatados seus benefícios e limitações, a identificação de lacunas na formação profissional em psicologia e serviço social, o desenvolvimento e disseminação de estratégias de intervenção preventiva, que considerem as coletividades, a cultura e o contexto em que os usuários do PAIF vivem, em seus vários estágios da vida.

### **Referências Bibliográficas**

Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, 455-464.

Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: ArtMed.

Camargo-Borges, C. & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17, 26-32.

Cecconello, A. M. & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5, 71-93.

Costa, L. F. & Brandão, S. L. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.

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, 115-142.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 381-387.

Feder, J., Levant, R. F., & Dean, J. (2007). Boys and violence: a gender-informed analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4, 385-391.

Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 110-118.

Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 239-255.

Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63, 14-31.

Gorayeb, R., Cunha Netto, J. R., & Bugliani, M. A. P. (2003). Promoção de saúde na adolescência: experiência com programas de ensino de habilidades de vida. Em Z. A. Trindade & A. N. Andrade (Orgs.). *Psicologia e saúde: um campo em construção* (pp.89-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Jeolás, L. S. & Ferrari, R. A. P. (2003). Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8, 611-620.

Kulic, K. R., Horne, A. M., & Dagley, J. C. (2004). A comprehensive review of prevention groups for children and adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 8, 139-151.

Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. Em Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Psicólogo Brasileiro: Práticas Emergentes e Desafios para a Formação* (pp. 17-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.

McCarter, A. K., Sowers, K. M., & Dulmus, C. N. (2004). Adolescent suicide prevention. Em L. A. Rapp-Paglicci; C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Orgs.). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 85-99). New Jersey: John Willey & Sons.

Meschke, L. L. & Patterson, J. M. (2003). Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 483-514.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social (2006). *Normal Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. NOB-RH/SUAS*. Brasília: MDS.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social/Conselho Nacional de Assistência Social (2007). *SUAS: Sistema Único de Assistência Social. Manual Informativo para Jornalistas, Gestores e Técnicos*. Brasília: MDS

Moddy, K. A., Childs, J. C., & Sepples, S. B. (2003). Intervening with at-risk youth: evaluation of the Youth Empowerment and Support Program. *Pediatric Nursing*, 29, 263-270.

Murta, S. G. (2008). *Programa de habilidades de vida para adolescentes: um manual para aplicação*. Goiânia: Porá Cultural.

Nettles, S. M.; Mucherah, W., & Jones, D. S. (2000). Understanding resilience: the role of social resources. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 5, 47-60.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., C., & Oliveira, R. V. C. (2005). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.

Portela, M. A. (2008). A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 131-140.

Roe-Sepowitz, D. E. & Thyer, B. A. (2004). Adolescent mental health. Em L. A. Rapp-Paglicci; C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Orgs.). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 67-84). New Jersey: John Willey & Sons.

Rojas, A. K. (1997). Transtornos de conduta. Em N. Fichtner (Org.). *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental* (pp. 120-138). Porto Alegre: Artmed.

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.

Souza, R. A. & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8, 515-523.

Spink, M. J. & Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. Em M. J. Spink (Org.). *A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica* (pp. 25 – 52). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Steckler, A. & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. Em A. Steckler & L. Linnan (Orgs.). *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 89-98.

Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19, 101-116.



Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Greenley, R. N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 828-842.

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, 8*, 75-84.