



INTERVENÇÃO EM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA EM CRIANÇAS, ATRAVÉS DE TÉCNICAS EM  
GRUPO – ESTUDO EXPERIMENTAL

CATARINA DUARTE DAS FONTES RIBEIRO

Orientador de Dissertação e Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR EMÍLIO SALGUEIRO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado sob a orientação do  
Professor Doutor Emílio Salgueiro,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário  
para obtenção de grau de Mestre na  
especialidade de Psicologia Clínica conforme  
o Despacho da DGES, nº 19673/2006,  
publicado em Diário da Republica, 2ª série de  
26 de Setembro, 2006.

*Para a Avó Custódia,*

## Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Emílio Salgueiro por me ter acolhido no seu Seminário, espaço onde foi possível partilhar experiências, dúvidas, angústias e alegrias ao longo de todo o ano, mas sobretudo pela motivação que foi transmitindo, que foi crucial nos momentos mais difíceis.

Gostava muito de agradecer à Dr.<sup>a</sup> Susana Lourenço, que me apoiou das mais variadas formas durante todo o meu percurso no último ano, sobretudo no processo da escolha do tema desta minha dissertação que, sem ela teria sido muito mais difícil. Obrigada por estar sempre disponível.

Quero agradecer às Directoras das escolas onde recolhi a amostra para este estudo, que acreditaram neste projecto e me disponibilizaram os recursos, informações e contactos necessários.

Ainda mais tenho a agradecer aos Pais e restantes Encarregados de Educação que me cederam muito do seu tempo e apoio com a sua participação e *feedback*.

A todos os Meninos que participaram, que muito me foram ensinando e partilhando.

À minha colega Andreia, por ter ajudado num momento de aflição.

Finalmente, gostava de agradecer à minha Família e Amigos mas sobretudo aos meus Pais, que são os meus heróis e os meus melhores amigos, que estiveram comigo todos os dias e, sem eles, nada teria sido possível.

Ao André, por toda a paciência, dedicação e carinho, com quem partilhei os momentos bons e que sempre me soube apoiar nos momentos menos bons.

## Resumo

As perturbações de ansiedade assumem particular importância quando é possível verificar que se posicionam em segundo lugar, a nível mundial, na categoria das perturbações mais prevalentes em crianças e adolescentes.

Partindo desta premissa, é urgente que existam respostas no Sistema Nacional de Saúde, que incidam sobre esta problemática, de forma a responder às necessidades da população.

Este estudo pretende avaliar a eficácia de um programa de intervenção dirigido a crianças dos 9 aos 11 anos de idade, com diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Foi utilizada uma amostra de 20 crianças, inscritas em escolas públicas do distrito de Lisboa, sendo que 10 formaram o Grupo Experimental e as restantes 10 formaram o Grupo de Controlo. Ambos os grupos foram submetidos a dois momentos de avaliação, onde também foi necessária a participação dos respectivos Encarregados de Educação.

Entre as duas fases de avaliação, o Grupo Experimental foi submetido às sessões do Programa em avaliação.

Foram consideradas as variáveis Depressão, *Stress*, Ansiedade no Encarregado de Educação, Comportamento, Manifestações Somáticas e *factor g*, para análise dos resultados, assim como a comparação entre Grupo de Controlo e Grupo Experimental.

Os instrumentos considerados para a avaliação destas variáveis foram a *Escala de Ansiedade Depressão e Stress para Crianças*, *Inventário Ansiedade Estado e Traço-STAI-Y*, o *Questionário de Capacidades e Dificuldades*, *Inventário da Notação Social da Família* (Graffar Adaptado), as *Matrizes Coloridas Progressivas de Raven* e um *Questionário Sociodemográfico*.

Foram concluídas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Ansiedade, pré e pós-programa e, entre o Grupo Experimental e o Grupo de Controlo. O Grupo de Controlo não apresentou diferenças significativas nos seus resultados pré e pós-programa. Os resultados pré e pós-programa, no Grupo Experimental, mostraram não haver diferenças significativas entre a variável Depressão e *Stress*. No que diz respeito ao estudo dos comportamentos, emoções e relações interpessoais, no Grupo Experimental, apenas foi encontrada uma diferença significativa nos resultados pré e pós-programa na Escala de Sintomas Emocionais.

Não foi encontrada uma relação significativa entre a Ansiedade dos participantes do Grupo Experimental, pré-sessões, e a Ansiedade dos respectivos Encarregados de Educação, uma vez que  $r_s=0,12$ , considerado praticamente nulo. Já na relação estudada entre *factor g* e a Ansiedade dos participantes, também pré sessões, no Grupo Experimental, foi encontrada uma forte correlação entre as variáveis, ilustrada por  $r_s=0,601$ .

**Palavras-Chave:** Ansiedade; Crianças; Grupo; Programa de Intervenção.

## Abstract

Anxiety Disorders are particularly important when it is possible to verify they rank second place, globally, in the category of most prevalence disorders in children and adolescents.

On this assumption, there is an urgent need for solutions in the National Health System that will focus on this issue, in order to meet the needs of the Portuguese population.

This study aims to assess the effectiveness of an intervention program, aimed at children from 9 to 11 years old, diagnosed with Generalized Anxiety Disorder.

A sample of 20 children, that attend public schools in Lisbon, were split into two groups, 10 children formed the Experimental Group and the other 10 formed the Control Group.

Both groups were submitted to two stages of evaluation, which also required the participation of their Guardians.

Between the two phases of evaluation, the Experimental Group was subjected to sessions of the program under evaluation.

Several variables were considered: Depression, Stress, the Guardian's level of Anxiety, Behavior, Somatic Manifestations and g factor, for the analysis of the final results, as well as the comparison between the Control Group and the Experimental Group.

The instruments considered for the evaluation of these variables were the *Anxiety, Depression and Stress Scale* (EADSC-21), the *State and Trait Anxiety Inventory- STAI-Y*, the *Strengths and Difficulties Questionnaire*, *Family Social Notation Inventory* (Graffar Adapted), *Raven's Colored Progressive Matrices* as well as a *Sociodemographic Questionnaire*.

There were statistically significant results found in the Anxiety dimension, pre and post-program and between the Experimental Group and the Control Group, where it wasn't possible to identify significant differences in their pre and post-program. The Experimental Group showed no significant differences, between the pre and post-session results, in the variables Depression and Stress.

Regarding the behavior, emotions and interpersonal relationships study in the Experimental Group, there were only found significant differences in the Emotional Symptom Scale, pre and post-program.

There was not found any significant relationship, in the Experimental Group, between the participant's pre-sessions anxiety and their Guardians Anxiety, since  $r_s=0,12$ ,

considered virtual nil. However, considering the relationship between *g factor* and the participant's pre-session anxiety results, in the Experimental Group, there was found a strong correlation between the variables, illustrated by  $r_s=0,601$ .

**Key-words:** Anxiety; Children; Group; Intervention Program.

## Índice

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Revisão da Literatura</b>	3
2.1. Ansiedade – Conceito	3
2.2. Perturbações de Ansiedade	4
2.3. Ansiedade e Crianças	7
2.4. Variáveis Relacionadas	9
2.4.1. O Modelo Tripartido – Depressão, Ansiedade e <i>Stress</i> (Clarck & Watson, 1991)	9
2.4.2. Sexo e Idade	11
2.4.3. Características e Traços de Personalidade	11
2.4.4. Cultura	13
2.4.5. Características Socioeconómicas	14
2.4.6. País	15
2.4.7. O Papel do Professor	16
2.5. Formas de Intervenção	17
2.5.1. Prevenção nas Escolas	17
2.5.2. Psicofarmacologia	18
2.5.3. Psicoterapia Dinâmica	19
2.5.4. Terapia Cognitivo-Comportamental	20
<b>3. Objectivo e Questões de Investigação</b>	22
<b>4. Método</b>	23
4.1. Tipo de Estudo	23
4.2. Caracterização da Amostra	23
4.3. Instrumentos Utilizados	26
4.3.1. Questionário Sociodemográfico	26
4.3.2. Questionário da Notação Social da Família	26
4.3.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades	27
4.3.4. Inventário de Ansiedade Traço e Estado – STAI-Y	28
4.3.5. Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> – EADSC-21	29
4.3.6. Matrizes Progressivas de Raven – Versão Colorida	30
4.4. Procedimento	31

4.4.1. Calendarização das Sessões	33
4.4.2. Programa de 14 Sessões	33
<b>5. Resultados</b>	38
<b>6. Discussão de Resultados</b>	44
<b>7. Conclusão</b>	52
<b>8. Referências Bibliográficas</b>	54
<b>9. Anexos</b>	66
Anexo A – Guião Detalhado: Sessões do Programa de Intervenção	
Anexo B – Notas e Resumos do Desenvolvimento das Sessões do Programa	
Anexo C – Instrumentos Utilizados na Avaliação	
Anexo C1 – Questionário Sociodemográfico	
Anexo C2 – Questionário da Notação Social da Família	
Anexo C3 – Questionário de Capacidades e Dificuldades	
Anexo C4 – STAI	
Anexo C5 – EADSC-21	
Anexo D – Material Utilizado nas Sessões	
Anexo D1 – Consentimento Informado para o Grupo Experimental	
Anexo D2 – Consentimento Informado para o Grupo de Controlo	
Anexo D3 – Contracto de Participação	
Anexo D4 – Imagens “Calmo vs. Nervoso”	
Anexo D5 – “Escala de Ansiedade”	
Anexo D6 – “As Pistas que o Corpo nos Dá”	
Anexo D7 – “Pensamento- Sentimento-Comportamento”	
Anexo D8 – “Termómetro dos Sentimentos”	
Anexo D9 – Diploma de Participação	
Anexo D10 – Listas de Conteúdos de Vídeo e Som	

## **Lista de Abreviaturas**

APA – *American Psychiatric Association*

CID – *Classificação Internacional das Doenças*

DSM – *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*

EE – *Encarregado de Educação*

GABA – *Ácido Gama-Aminobutírico*

GC – *Grupo de Controlo*

GE – *Grupo Experimental*

ISRS - *Inibidores Selectivos de Captação de Serotonina*

MPCR – *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven*

NACBT - *National Association of Cognitive-Behavioral Therapist*

TCC – *Terapia Cognitivo-Comportamental*

TPC – *Trabalho para casa*

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização do Género da Amostra do <i>Grupo Experimental</i>	22
Tabela 2 – Caracterização da Idade da Amostra do <i>Grupo Experimental</i>	22
Tabela 3 – Caracterização das Habilitações Literárias do E.E. - <i>Grupo Experimental</i>	23
Tabela 4 – Caracterização Classe Social (Graffar) – <i>Grupo Experimental</i>	23
Tabela 5 – Caracterização do Género da Amostra do <i>Grupo de Controlo</i>	24
Tabela 6 – Caracterização da Idade da Amostra do <i>Grupo de Controlo</i>	24
Tabela 7 – Caracterização das Habilitações Literárias do E.E. - <i>Grupo de Controlo</i>	24
Tabela 8 – Caracterização Classe Social (Graffar) – <i>Grupo de Controlo</i>	24
Tabela 9 – Síntese das Sessões do Programa de Intervenção	36
Tabela 10 – Ansiedade pré e pós-programa – <i>Grupo Experimental</i>	37
Tabela 11 – Estatística Descritiva da variável Ansiedade - <i>Grupo Experimental</i>	38
Tabela 12 – Pré-programa – <i>Grupo Experimental</i> e <i>Grupo de Controlo</i>	39
Tabela 13 – Ansiedade Pré e Pós-programa – <i>Grupo de Controlo</i>	39
Tabela 14 – Depressão e Stress Pré e Pós-programa- <i>Grupo Experimental</i>	40
Tabela 15 – Comportamento, Sintomas Emocionais e Relações Interpessoais – <i>Grupo Experimental</i>	41
Tabela 16 – Estatística Descritiva do Somatório dos valores da Sub-escala Ansiedade e Percentil das MCPR	42

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Calendário das Sessões	32
-----------------------------------	----

## 1. Introdução

Ao longo de toda a vida, a ansiedade surge como uma característica normal, permitindo ao indivíduo adaptar-se a novas situações ou experiências (Rosen & Schulkin, 1998 cit in Borges et al., 2008). Na maior parte das crianças, este estado é uma experiência transitória cuja intensidade varia de acordo não só com o estímulo mas com o estágio de desenvolvimento da mesma. Este fenómeno pode vir a ser agravado por diversos factores, que procurarei desenvolver neste trabalho, resultando no aumento da intensidade da ansiedade sentida, com a possibilidade de vir a tornar-se crónica ou disfuncional do ponto de vista sócio-emocional (Barret, 1998; Fonseca, 1998 cit in. Borges et al., 2008).

Uma das características da ansiedade passa pela variedade de sintomas que podem vir a ser manifestados, que abrangem desde queixas físicas (náuseas, palidez, tremores, aumento do ritmo cardíaco, aumento da transpiração, entre outros), a emocionais (sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, medo intenso e constante, comportamentos de evitamento, entre vários) que nunca são idênticos de sujeito para sujeito. Esta variedade estende-se também aos factores precipitantes da ansiedade que, aliado às características individuais de estruturação de cada sujeito e aos recursos emocionais e do meio onde se encontra inserido, poderá resultar numa perturbação de ansiedade, caso estas variáveis não sejam protectoras.

As perturbações de ansiedade assumem particular importância quando é possível verificar que se posicionam em segundo lugar, a nível mundial, na categoria das perturbações mais prevalentes em crianças e adolescentes. Apesar de não existirem dados suficientes sobre as estatísticas em Portugal, foi possível compreender esta significância a partir de dados de vários países: nos Estados Unidos 8 a 12% de prevalência em crianças e adolescentes, no Brasil 4,6% em crianças e 5,8% em adolescentes e em Inglaterra 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes (Spence, 1998; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Ford, Goodman & Meltzer, 2003 cit in. Vianna, R. R., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez J., 2009).

Walkup & Cols (2008, cit in. Vianna, R. R. et al.) referem que, quando estas perturbações se encontram presentes na infância ou na adolescência e não existe o tratamento adequado das mesmas, é possível que esta condição se desenvolva, agravando ao longo da vida.

Partindo destas premissas, é urgente que existam respostas no Sistema Nacional de Saúde que incidam sobre estas problemáticas de forma a responder às necessidades da população. Rodrigues (2004) refere que apenas um grupo restrito de crianças com problemas emocionais e comportamentais recebe tratamentos especializados em saúde mental, uma vez que a grande maioria, nos cuidados de saúde primários, é apenas atendida pelo médico e muitas não chegam a receber nenhum cuidado específico. O mesmo autor refere a importância do tratamento adequado destas perturbações sobre diversas perspetivas: permite o decréscimo da utilização dos serviços médicos e dos custos associados, permite facilitar o tratamento médico de outras doenças (em casos de comorbilidade), reduz o sofrimento pessoal do utente e o impacto na sociedade ao nível da disfunção social mas também pela utilização de recursos.

Szádóczy (2004, cit in. Portela, 2011) afirma que menos de metade dos casos de ansiedade são reconhecidos e somente 10 a 30% dos utentes recebe o tratamento adequado. Assim sendo, os cuidados de saúde primários tornam-se um local privilegiado para receber e rastrear a comunidade local pelo que será, cada vez mais, necessário ter soluções disponíveis, prontas a receber e dar resposta às necessidades dos utentes.

O presente trabalho pretende explorar algumas destas vertentes, criando uma hipótese de intervenção face à Ansiedade Generalizada em crianças, avaliando a eficácia da mesma, passível de ser aplicada num contexto de cuidados de saúde primários. O critério da limitação, desta hipótese de intervenção, à Perturbação de Ansiedade Generalizada passou pela escolha da perturbação de ansiedade mais estudada em Portugal, apesar da escassez de estudos nacionais nesta área, de forma a conseguir uma maior adaptação do programa aos participantes e proporcionar um conjunto de soluções suportadas na revisão da literatura com o objectivo de potenciar a possibilidade de melhores resultados. Outra das principais razões pelas quais foi eleita a Ansiedade Generalizada, partiu da maior frequência desta patologia em crianças, seguida imediatamente pela Ansiedade de Separação (Passos, 2008).

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1. Ansiedade - Conceito**

Como muitas outras áreas e variáveis de estudo no domínio da saúde mental, a Ansiedade não foge à regra podendo ser conceptualizada à luz de várias correntes e perspectivas diferentes.

A ansiedade é descrita por Swedo, Leonard & Allen (1994, cit in. Passos, 2008) como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão caracterizado por tensão ou desconforto que provém da antecipação de perigo do estranho ou desconhecido.

Seligman, Walker & Rosenhan (2001) descrevem a ansiedade como tendo componentes cognitivos, somáticos, emocionais e comportamentais. O componente cognitivo envolve a expectativa de perigo, difusa e incerta. É então, somaticamente, que o organismo se prepara para lidar com a ameaça, aumentando, assim, a frequência cardíaca e a pressão arterial, aumentando também o fluxo de sangue para os principais grupos musculares, a sudorese aumenta e as funções do sistema imunológico e digestivo são inibidas. Externamente poderão ser observados outros sinais somáticos como a pele pálida, tremores e a dilatação das pupilas. Emocionalmente é sentida uma sensação de pânico e/ou medo que provocará, fisicamente, náuseas e calafrios. No que diz respeito ao comportamento, é possível fazer uma distinção entre comportamentos voluntários e involuntários. Muitos destes comportamentos têm como fim fugir ou evitar a fonte de ansiedade, podendo traduzir perturbações de ansiedade em casos mais extremos.

Na perspectiva fenomenológica, Fonseca (1988, cit in. Soares, 2009) refere que é possível considerar a ansiedade como uma angústia que constitui uma manifestação da actividade emocional ou afectiva, onde predominam os sentimentos negativos ou desagradáveis como o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a inquietude e o desamparo. Como fenómeno psicológico representa um mecanismo de adaptação do organismo às situações de *stress* e tensão, sendo útil ao processo de aprendizagem do sujeito ao longo da vida, proporcionando a maturação adequada da sua personalidade.

Em 1895, Freud identifica os sintomas daquilo a que chama Neurose de Ansiedade ao mesmo tempo que menciona uma ligação entre ansiedade e distúrbios da sexualidade, baseando-se num mecanismo físico. Este mecanismo é descrito como a deflexão da somatização da excitação sexual, da esfera física, para o seu emprego numa

forma anormal. Freud reconhece que entre os sintomas da ansiedade se encontram a aceleração da respiração, a sudorese e o aumento do batimento cardíaco, manifestações estas que também se encontram presentes durante a excitação sexual. A partir desta associação, aliada a outras observações, Freud elabora a teoria que nos diz que a Neurose de Ansiedade poderá ser o resultado de uma descarga somática de tensão sexual acumulada que haveria sido convertida. Após várias reformulações, em 1917 Freud transforma novamente a sua teoria e coloca a hipótese da Ansiedade ser uma consequência da repressão de qualquer impulso que fosse sentido como “inaceitável”, sendo consequentemente reprimido e que, quando convertido, daria origem à Ansiedade (Hurvich, 1997).

No contexto Cognitivo-Comportamental é possível compreender que acções ou comportamentos se encontrem ligados a emoções ou sentimentos que, por sua vez, se encontram ligados a expectativas ou crenças face a determinada situação. Ou seja, no contexto específico da ansiedade, não será a situação ou o estímulo que dará origem ao sentimento de ansiedade mas sim as expectativas do sujeito e crenças formadas, consoante experiências anteriores, que darão origem a pensamentos que, em retorno, irão afectar a experiência emocional e, consequentemente, a resposta sob forma de comportamento (Clarck, D. & Beck, A., 2010).

## **2.2. Perturbações de Ansiedade**

Desde o início do século XIX que a noção de ansiedade patológica persistente tem sido um conceito central, tanto em estudos da disciplina da psiquiatria como da psicologia. No entanto, é apenas em 1980 que a *American Psychiatric Association* introduz este diagnóstico no DSM-III (Kessler, 2002).

A ansiedade é considerada patológica quando considerada exagerada, desproporcional em relação ao estímulo ou qualitativamente diferente do que se observa como norma na sua respectiva faixa etária.

A Ansiedade Patológica interfere não só com a qualidade de vida mas também com o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Swedo, Leonard & Allen, 1994 cit in. Passos, 2008).

Numa perspectiva biológica existem várias teorias e factores que devem ser considerados. Por este motivo, opto por mencionar as duas teorias de maior destaque de

momento. A primeira hipótese a considerar, aponta para uma deficiência relativa no funcionamento dos receptores GABA-A, no cérebro de pacientes com perturbações ansiosas. Esta evidência provém do estudo dos efeitos de benzodiazepinas, fármacos considerados como modeladores directos das funções dos GABA no cérebro. Poderão considerar-se duas origens para esta hipótese. Em primeiro lugar o subfuncionamento ou a baixa regulação dos GABA-A ou, uma segunda hipótese que considera a presença de uma substância ansiogénica endógena que actua no cérebro e faz baixar a função do receptor GABA-A, funcionando como um agonista inverso.

A teoria alternativa, de base biológica, considera a possibilidade da existência de um agonista inverso da benzodiazepina, nos pacientes com perturbações de ansiedade, sendo o mesmo considerado não só ansiogénico mas também pro-convulsivo e redutor de sono (Nutt & Bailey, 2002).

Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro (2000 cit in. Passos, 2008) referem que a ansiedade normal poderá ser distinguida da ansiedade patológica, de forma prática, avaliando se a reacção ansiosa é de curta-duração, autolimitada e relacionada ao estímulo ou não.

Já Ruiz, Cuadrado & Rodríguez (2000, cit in. Soares, 2009) defendem que a Ansiedade Normal é convertida em Ansiedade Patológica quando a mesma deixa de ser adaptativa, quando o perigo ao qual se pretende responder não é real ou quando o nível de activação e duração são desproporcionados em relação ao estímulo. Os mesmos autores distinguem a Ansiedade Normal descrevendo-a como “mais leve”, “menos corporal”, uma emoção reactiva que não afecta a liberdade do indivíduo. No caso da Ansiedade Patológica, esta prejudica o rendimento do sujeito, é mais profunda e persistente, “mais corporal” e reduz a liberdade do indivíduo.

Torna-se, também, necessária a distinção de ansiedade-traço e ansiedade-estado: enquanto a ansiedade-estado se vai basear numa emoção transitória, em resposta a uma situação específica, a ansiedade-traço representa uma disposição com base na personalidade, com determinismo genético (Besche-Richard & Bungener, 2008).

Dentro da categoria de Ansiedade Patológica existem múltiplos factores que a diferenciam, em termos de critérios de diagnóstico, características específicas da população-alvo (cultura, idade e género), prevalência, evolução e padrão familiar que caracterizam os vários diagnósticos diferenciais.

Segundo os critérios definidos no DSM-IV (APA, 2006), podemos distinguir catorze Perturbações de Ansiedade: Agorafobia, Perturbação de Pânico sem Agorafobia,

Perturbação de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Pós-Stress Traumático, Perturbação Aguda de Stress, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral, Perturbação de Ansiedade Induzida por Substâncias e Perturbações de Ansiedade sem Outra Especificação.

Uma vez que este estudo se centra na Perturbação de Ansiedade Generalizada, será relevante focar a exploração nesta última.

### **Perturbação de Ansiedade Generalizada**

Partindo do DSM-IV (APA, 2006), é possível destacar que a principal característica da Perturbação de Ansiedade Generalizada se reflecte na preocupação e apreensão expectante, exageradas em relação a situações ou acontecimentos que ocorram em, pelo menos, mais de metade dos dias, num período de seis meses.

O segundo critério de diagnóstico passa pela dificuldade em controlar esta mesma preocupação.

Para consentimento de diagnóstico, os critérios anteriores deverão ser completados com a presença de pelo menos três sintomas adicionais, dos que se seguem: agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado. No caso específico das crianças, apenas é necessário a presença de um dos sintomas descritos.

Em associação aos sintomas acima mencionados, poderão estar outros sintomas como: tremores, contração dos músculos ou dores musculares, ligados à tensão muscular, outros sintomas que também poderão ser apresentados poderão ser náuseas, suores, diarreia, aceleração do ritmo cardíaco, falta de ar, tonturas ou sintomas depressivos.

Muitos dos sujeitos que sofrem de Ansiedade Generalizada não conseguem compreender as suas preocupações como excessivas mas descrevem um “mal-estar” subjectivo devido à constância destas preocupações, que têm dificuldade em controlar ou que terão influência no seu funcionamento social ou ocupacional, deficiente, ou em outras áreas importantes da sua vida.

Alguns factores devem ser tidos em conta, na elaboração do diagnóstico, como a necessidade de exclusão de sintomas provocados por efeitos fisiológicos do consumo de determinada substância (drogas, medicação ou exposição a tóxicos) ou a associação a outras perturbações como Perturbações de Humor, a Perturbação Global de Desenvolvimento ou a Perturbação Psicótica.

Na Perturbação de Ansiedade Generalizada, a intensidade, duração ou frequência da preocupação, que resulta em ansiedade, é desproporcional relativamente à probabilidade ou ao impacto da situação ou acontecimento temido. Existe uma grande dificuldade em evitar que estes pensamentos não interfiram com a sua atenção assim como em pôr fim aos mesmos (APA, 2006).

Foram realizados estudos que apontam que cerca de 25% dos sujeitos em tratamento para perturbações de ansiedade, padecem desta patologia, isoladamente ou em conjunto com outra perturbação (APA, 2006).

Estudos também vêm a confirmar que a evolução desta perturbação poderá ser crónica mas flutuante, podendo piorar durante períodos de maior *Stress*.

### **2.3. Ansiedade e Crianças**

Schniering et al. (2000) mencionam que as perturbações de ansiedade nas crianças têm suscitado cada vez mais interesse, ao longo dos últimos anos, tendo como resultado uma compreensão cada vez mais exacta e precisa da sua natureza, e prevalência, assim como o desenvolvimento de respostas de tratamento para estas perturbações.

Os mesmos autores reforçam que os resultados de estudos epidemiológicos têm vindo a mostrar fortes evidências que as perturbações de ansiedade são as mais comuns e experienciadas por crianças e adolescentes.

Os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX. Em 1909, Freud publica o caso de um menino com cinco anos de idade, “O Pequeno Hans”, que apresentava um quadro de neurose fóbica.

Devido ao aumento do número de crianças órfãs nos anos 40, resultado da Segunda Guerra Mundial, houve uma maior procura no estudo da patologia ansiosa nas

crianças, ainda muito ligado ao modelo psicanalítico (Spelberger, 1973 cit in Vianna et al. 2009).

Até ao ano de 1975 as noções de ansiedade descritas no CID (Classificação Internacional de Doenças) ou no DSM eram restritas apenas à população adulta. Acreditava-se, à data, que as preocupações das crianças seriam apenas transitórias (Last et al., 1996).

A partir dessa data, o CID inclui na categoria dos Distúrbios de Emoções em crianças dois distúrbios ansiosos: o Distúrbio de Ansiedade Excessiva e o Distúrbio da Sensibilidade, Timidez, e Retração Social. Poucos anos mais tarde, o DSM acompanhou esta tendência e apresenta uma nova categoria, de nome “Transtornos Mentais Diagnosticáveis pela Primeira Vez na Infância”, onde englobou três transtornos relacionados com a ansiedade: Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Ansiedade Excessiva e o Transtorno Evitativo (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996 cit in Vianna et al., 2009).

Ao longo do tempo foram feitas várias alterações, tanto nas nomenclaturas, como nos critérios das perturbações de ansiedade já englobadas e que têm vindo a ser incorporadas no CID e no DSM. Actualmente é possível verificar, no DSM, critérios como os da Perturbação de Ansiedade Generalizada, em estudo neste trabalho.

As crianças com Perturbações de Ansiedade Generalizada tendem a estar preocupadas com as suas competências ou com o seu desempenho, nomeadamente na escola. O diagnóstico difere dos adultos no que diz respeito aos sintomas físicos, sendo que nas crianças apenas será necessário a presença de um sintoma, como já foi referido anteriormente neste estudo (APA, 2006).

Grillo & Silva (2004, cit in Antunes, 2008) referem que, nas crianças com Perturbação de Ansiedade Generalizada é possível compreender uma preocupação excessiva, persistente, com várias causas, ao contrário da Ansiedade de Separação ou qualquer outra perturbação de ansiedade. Segundo os mesmos autores, a Perturbação de Ansiedade Generalizada, na criança, pode assumir preocupações como o desempenho na escola, as relações sociais, a saúde e rumações acerca de problemas passados e futuros. Para ser possível o diagnóstico, é necessário que estas preocupações tenham como consequência incapacidades e problemas na rotina diária da criança.

Os autores Kendall, Krain e Treadwell (1999) comparam crianças com Perturbações de Ansiedade a “mini-adultos” devido às constantes preocupações em excesso de compromissos, de regras e pontualidade, de agressões físicas à saúde, a

catástrofes naturais e, entre outros, à necessidade constante de questionar perigos inerentes às situações. Este tipo de comportamento leva a que, muitas vezes, seja difícil diagnosticar esta perturbação uma vez que muitos adultos associam estas preocupações a um maior sentido de responsabilidade.

Bernstein, Borchardt & Perwien (1996 cit in Vianna et al., 2009) referem que o desenvolvimento emocional nas crianças influencia as causas e a forma como se manifestam os seus medos e as suas preocupações (normais ou patológicas). Referem também que, as crianças poderão ter dificuldade em reconhecer os seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as mais novas.

Existe uma grande dificuldade em precisar a idade em que é identificada a presença de sintomas, uma vez que o início do transtorno poderá ser descrito como precoce, lento e insidioso e, muitos pacientes adultos afirmam ter sentido a presença destes sintomas ao longo de toda a vida (Flannery-Schroeder, 2004; Layne et al., 2008).

O surgimento precoce de um quadro de Perturbação de Ansiedade Generalizada é apresentado como um factor de vulnerabilidade para o aparecimento de outras perturbações de ansiedade na idade adulta, ou até da reincidência da própria perturbação (Flannery-Schroeder, 2004; Layne et al., 2008).

## **2.4. Variáveis Relacionadas**

### **2.4.1. O modelo Tripartido – Depressão, Ansiedade e *Stress* (Clarck & Watson, 1991)**

Ao longo dos últimos anos, muitos estudos têm vindo a comprovar uma forte correlação entre Ansiedade e Depressão. Mais recentemente, vários autores têm defendido a correlação com uma terceira variável, sendo que ainda não existe consenso absoluto sobre as qualidades da mesma, sendo que as propostas mais estudadas recaem sobre o modelo de Lovibond & Lovibond, e o modelo de Clarck & Watson, que irei explorar de seguida.

Numa perspectiva fenomenológica as variáveis “depressão” e “ansiedade”, que constituem dimensões clássicas da psicologia, são facilmente distinguidas, sendo que a

primeira se traduz na sensação de domínio pela tristeza e se encontra associada a sentimentos de dor, falta de esperança, autoestima e pelo sentimento de melancolia, já a segunda baseia-se na sensação de medo, envolvendo também sentimentos de preocupação, apreensão e pavor (Watson & Kendal, 1995).

Em 1991, Clark & Watson publicam valores de correlação entre a Ansiedade e a Depressão que oscilavam entre 0,45 e 0,75. Estas correlações mostraram-se consistentes nas várias faixas etárias, a partir de estudos não só dos mesmos autores como também de autores como Gotlib (1984), Tanaka-Matsumi & Kameoka (1986, cit in. Clark & Watson, 1991) e Wolfe et al. (1987).

Até certo grau, estas correlações poderão reflectir problemas psicométricos e taxonómicos uma vez que muito da sintomatologia é partilhada por ambas as variáveis. Um exemplo é referido pelos autores Gotlib & Cane (1989, cit in Antunes, 2008), quando anunciam a presença de sintomas como a insónia, a fadiga, irritabilidade, falta de descanso e dificuldade em concentração tanto nos critérios de diagnósticos pertencentes à Ansiedade Generalizada como na Depressão Major.

Esta correlação também poderá ser observada a partir da análise de várias escalas psicométricas que avaliam a Depressão e a Ansiedade, onde podemos observar, muitas vezes, a sobreposição dos sintomas destes dois constructos (Watson et al., 1995).

É então que, em 1991, Clark & Watson propõem um modelo em que os sintomas da Depressão e da Ansiedade se agrupam em três categorias distintas: A primeira categoria poderá ser designada por *Stress* ou “Afecto Negativo” e comporta vários sintomas não-específicos, experimentados por indivíduos diagnosticados com Depressão ou Ansiedade, sendo estes os sintomas responsáveis pela correlação entre as duas variáveis. A segunda categoria seria a categoria da Depressão, onde estaria englobada a anedonia e a ausência de afecto positivo. A terceira, e última, categoria seria a Ansiedade associada à tensão somática, à hiperestimulação fisiológica e à hiperactividade.

De forma a distinguir e estudar a intensidade destas variáveis no sujeito, foram construídas várias escalas, destacando-se a *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire* (MASQ), em 1995, por Watson et al., e a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) de Lovibond & Lovibond, do mesmo ano.

### **2.4.2. Sexo e Idade**

Autores como Kendall & Warman (1996) e Last et al. (1996) referem que até ao início da adolescência não foram encontrados dados que comprovassem a diferença entre a presença da Perturbação de Ansiedade Generalizada em meninos e meninas. É apenas a partir desta fase, depois dos 12 anos, que a prevalência desta perturbação de ansiedade, passa a ser maior no sexo feminino. Esta prevalência mantém-se constante durante a vida adulta.

Vélez et al. (1989) colocam a hipótese destes números serem justificados pela subdiagnóstico de pacientes do sexo masculino e não pela ocorrência real de mais casos no sexo feminino.

Essau, Conradt & Petermann (2000) vêm corroborar estes resultados através de um estudo com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos de idade que mostrou que as raparigas apresentavam sintomas mais ansiosos que os rapazes e que esta sintomatologia tende a aumentar entre os 12 e os 15 anos de idade.

Na população portuguesa, foi possível encontrar dados a partir de um estudo feito por Matos, Barrett, Dadds & Short (2003) com crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, de escolas públicas, onde os dados foram ao encontro dos mencionados anteriormente, mostrando que o sexo feminino apresentava mais sintomas quer de ansiedade, quer de depressão, do que os sujeitos do sexo masculino.

Autores como Allen et al. (1998, cit in Borges, Manso, Tome & Matos, 2008) descrevem algumas hipóteses de justificação destes resultados, mencionando duas perspectivas distintas, de duas correntes diferentes, uma em que é sugerido que estes resultados serão geneticamente ou biologicamente determinados e a segunda que considera que os mesmos estarão relacionados com experiências e papéis sociais.

### **2.4.3. Características e Traços de Personalidade**

Kotov, Gamez, Schmidt & Watson (2010) referem, no seu estudo, que patologias como a Ansiedade e a Depressão são definidas por níveis elevados de “Afectos Negativos” e distinguidas a partir da categoria dos “Afectos Positivos”, baixos na Depressão ou na hiperexcitação característica da Ansiedade.

A categoria de “Afectos Positivos” encontra-se fortemente associada à Extroversão, ao mesmo tempo que os “Afectos Negativos” se encontram correlacionados com o

Neuroticismo. Consequentemente foi colocada a hipótese de associação entre todas as Perturbações de Ansiedade e Depressão ao Neuroticismo, ao mesmo tempo que a Depressão se encontraria correlacionada negativamente com a Extroversão (Watson et al., 1999; Hence et al., 1994).

Kotov et al. (2010) referem que vários estudos, ao longo dos anos, têm corroborado estes resultados, acrescentando apenas que os baixos níveis de Extroversão não se encontram apenas correlacionados com a Depressão mas também já foram apresentados estudos que mostraram a correlação entre esta variável e a Perturbação de Ansiedade Social.

Clark (2005), Krueger & Tackett (2003) e Watson et al. (1995) descrevem seis modelos de explicação para justificar as correlações mencionadas. Em primeiro lugar podemos analisar o *Modelo da Vulnerabilidade* que considera a hipótese de traços de personalidade poderem contribuir etiologicamente no desenvolvimento de patologias, sendo possível, dessa forma, prever se os indivíduos poderão ser afectados por determinada patologia, a partir da análise dos seus traços de personalidade.

O *Modelo da Patoplastia* considera que os traços de personalidade poderão influenciar o curso e a intensidade da patologia, uma vez que esta seja instalada e desenvolvida, sendo possível, dessa forma, considerar uma hipótese de prognóstico em relação a pacientes com estas patologias.

O terceiro modelo considerado foi o *Modelo da Cicatriz* que alega que a própria patologia altera características da personalidade do sujeito. Já o *Modelo das Complicações* acrescenta que estas alterações são apenas temporárias, tendo a mesma duração da patologia activa.

O *Modelo das Causas Comuns* defende que a personalidade e a psicopatologia se encontram associadas devido à partilha das mesmas raízes como a vulnerabilidade genética, por exemplo.

O último modelo descrito, o *Modelo Espectrum* afirma que quer os traços de personalidade, quer as psicopatologias, são consequências do mesmo processo.

Kotov et al. (2010) afirma que qualquer modelo, acima mencionado, foi suportado empiricamente.

#### 2.4.4. Cultura

Existem vários conceitos do que é “cultura”, segundo o Departamento da Saúde e Serviços Sociais (1999, cit in Harmon, Langley & Ginsburg, 2006). Esta pode ser definida, de forma simplificada, como um sistema de significados partilhados ou, mais especificamente, uma herança ou conjunto de crenças, normas e valores.

Harmon et al. (2006) referem o impacto que a cultura poderá ter no “quando”, no “a quem” e no “porquê”, da procura de tratamento para uma criança.

Compreender os factores culturais da criança poderá ter um forte impacto, não só em compreender a sua complexidade, como na criação da aliança terapêutica.

Os mesmos autores destacam que diferentes culturas se poderão focar em diferentes aspectos nas perturbações de ansiedade e ilustram com alguns exemplos: ázio-americanos têm maior tendência para apresentar características anti-sociais e maior probabilidade de sofrer de *Stress* do que americanos-caucasianos.

Okazaki et al. (1999, cit in Harmon, Langley & Ginsburg, 2006) mencionam que escalas validadas para americanos-caucasianos não captam adequadamente as experiências ansiosas (e depressivas), de afro-americanos. Neal & Turner (1991) referem também que os sintomas de ansiedade se podem apresentar de forma diferente nesta população específica.

Em 2004, Yeh et al. mencionaram a importância da cultura, no que diz respeito às crenças que a família poderá ter, na causa ou origem da ansiedade. Estes autores sublinham que a discrepância entre as crenças do profissional de saúde e da família do paciente poderão afectar, não só a aceitação da proposta terapêutica, como o seu resultado final. Este facto poderá dever-se à falta de investimento, por parte da família, crucial no tratamento da ansiedade, sempre que a interpretação apresentada seja percebida como estranha às crenças da mesma, tornando menos provável a aderência às recomendações feitas pelo clínico.

Enquanto algumas culturas poderão procurar origens físicas na ansiedade, como o caso da Cultura Hispânica (Canino, 2004), outras culturas poderão procurar a origem dos problemas na sociedade, como a Cultura Nipo-Americana (Narikiyo & Kameoka, 1992 cit in Harmon, Langley & Ginsburg, 2006) ou até mesmo uma origem espiritual, no caso dos nativos americanos, onde um antepassado infeliz ou “inquieto”, a falta de devoção religiosa ou influências mágicas, poderão ser uma explicação para a origem de sintomas ansiosos numa criança.

Apesar de nenhuma destas crenças ser incongruente com uma terapêutica Cognitivo-Comportamental, as mesmas deverão ser tidas em conta quer na formulação do plano, quer nos objectivos definidos para o mesmo.

#### **2.4.5. Características Socioeconómicas**

Anderson & Armstead (1995, cit in Sancakoglu & Sayar, 2012) definem Estatuto Socioeconómico como uma característica estratificante social que poderá estar associada à área da saúde. Autores como Lupein (2000, cit in Sancakoglu & Sayar, 2012) referem alguns exemplos desta definição quando consideram que indivíduos com estatuto socioeconómico inferior relatam, com maior frequência, exposição a acontecimentos de vida de cariz *stressante*, do que indivíduos de estatuto mais elevado. Os mesmos autores referem que estes relatos, em estatutos socioeconómicos inferiores, têm um início mais precoce.

McLeod & Owens (2004) afirmam ser possível prever níveis depressivos e de ansiedade mais elevados em adolescentes de estatutos socioeconómicos mais baixos.

Já Mendelson et al. (2008) referem que, nos adolescentes, níveis elevados de *Stress* poderão estar associados, em parte, à associação entre um baixo nível socioeconómico e uma saúde mental pobre.

Contudo, existem estudos que apresentam um conjunto de resultados que contradizem a informação anterior: num estudo de 1996 de Last et al., foram avaliadas 118 crianças em relação às suas características sociodemográficas e socioeconómicas, de onde foi encontrada uma associação entre crianças com o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada e o estatuto socioeconómico, sendo que a maioria das crianças diagnosticadas seriam oriundas de famílias estruturadas de classe média ou classe média-alta.

#### 2.4.6. Pais

Numa revisão da literatura, em 2008, Bruggen, Stams & Bogels consideraram que existe, cada vez mais, um interesse no estudo da associação entre Controlo Parental e Ansiedade na Infância.

Os mesmos autores descrevem o Controlo Parental como sendo a pressão que os pais colocam nos seus filhos para os obrigar a pensar, sentir ou comportar de forma desejada.

A partir da literatura podemos encontrar, então, três formas diferentes de aumentar o grau de ansiedade na criança, através do controlo parental: Em 2001, Rapee descreve que este facto poderá ocorrer devido ao aumento, através dos pais, da percepção de ameaça na criança. Outra das formas será, reduzindo a percepção de controlada criança em relação à ameaça (Chorpita et al., 1998 cit in Bruggen, Stams & Bogels, 2008) e, por fim, Barlow (2002) apresenta a terceira hipótese, sendo que esta passaria por não permitir à criança oportunidades para explorar o seu ambiente envolvente, não lhe dando a possibilidade de desenvolver capacidades para lidar com eventuais acontecimentos inesperados.

Também será importante considerar o efeito que a Ansiedade poderá ter no Controlo parental, sendo que Rapee (2001) considera que muitas vezes o controlo parental é exercido em antecipação da própria ansiedade da criança.

Outro factor a ter em conta, na interacção entre os pais e a criança, será a ansiedade sentida pelos próprios pais. Vários autores têm vindo a propor a hipótese de existir uma correlação entre níveis elevados de ansiedade nas figuras parentais e dificuldades de desenvolvimento de capacidades de *Coping*, também nos pais, que poderão levar a comportamentos que provocarão, em si, um aumento do grau de ansiedade na criança. Exemplos destes comportamentos poderão ser modelos de evitamento, rejeição e excesso de controlo, de forma a evitar situações novas ou que poderão ser sentidas como ameaçadoras (Ginsburg & Schlossberg, 2002; Wood, 2006).

Woodruff-Borden et al. (2002) sugere que níveis altos de ansiedade nos pais poderão resultar numa diminuição das intenções de interacção com a criança que, por sua vez, poderá ter como consequência modelos de parentalidade inadequados, como um nível elevado de controlo parental.

#### **2.4.7. O papel do Professor**

Lyneham & Rapee (2007) mencionam que os pais são quem, na sua maioria, procura o processo de ajuda quando reconhece manifestações de ansiedade constantes na criança. Apesar desta informação, Teagle (2002) estima que 61% dos pais, com crianças diagnosticadas com perturbação de ansiedade, não terão capacidade ou informação suficiente para reconhecer esta perturbação.

Tendo estes aspectos em conta, as escolas poderão ser uma entidade importante no processo de identificação destas perturbações, colocando assim os professores numa posição-chave para iniciar a articulação com entidades de resposta, como os serviços de saúde, organizações competentes na comunidade ou até mesmo com serviços de apoio na própria escola, quando estes existem (Rickwood, Dean, Wilson & Ciarrochi, 2005).

A informação e conhecimento do comportamento típico de uma criança em particular, aliado à experiência de trabalho com um maior número de crianças, permite ao professor distinguir um comportamento não-normativo em determinada criança, sendo assim uma peça preciosa no processo de identificação de uma perturbação de ansiedade (Loades & Mastroiannopoulou, 2010).

Headley & Campbell (2011) apontam algumas questões que ainda se encontram pouco estudadas nesta área. Seria importante perceber se, à semelhança do foi feito em estudos com figuras parentais, os professores terão ou não a capacidade de identificar perturbações de ansiedade nos seus alunos, uma vez que existem ainda poucos estudos na matéria. Também seria importante compreender se, uma vez identificadas as crianças, os professores efectivamente as redireccionam para os cuidados de saúde especializados.

Ao examinar o programa curricular em cursos de Educação, Gowers, Thomas & Deeley (2004, cit in Headley & Campbell, 2011) revelaram que os mesmos, pouco ou nada englobam o treino de deteção, ou informações sobre questões de saúde mental.

Vários autores referem relatos de professores que não se consideram preparados para reconhecer ou lidar com situações da área da saúde mental, por falta de formação (Leavey, Rothi & Best, 2008; Rothi, Leavey, Chamba & Best, 2005 cit in Headley & Campbell, 2011).

## **2.5. Formas de Intervenção**

### **2.5.1. Prevenção nas Escolas**

Dado o custo potencial necessário, não só em termos monetários como também de recursos, nos casos de perturbações de ansiedade, tanto para o indivíduo como para as famílias ou até para a sociedade, o adiamento da intervenção até fim da infância ou início da adolescência poderá não representar o modelo óptimo de intervenção (Cobham, 2012; Merikangas, 2011).

Autores como Bayer et al. (2011) defendem que esforços dirigidos à prevenção, o mais cedo possível no curso de vida da criança, poderão apresentar maior eficácia não só em relação às informações anteriores como também no alívio de sintomas ansiosos (Connolly & Bernstein, 2007 cit in Anticich et al., 2012).

Desta forma, novamente, a escola aparece representando o contexto ideal para colocar em prática a prevenção, permitindo intervir junto dos alunos mas também dos pais e educadores. Este trabalho em comunidade poderá ajudar a ultrapassar várias barreiras, pragmáticas e perceptuais, no acesso aos serviços dos Cuidados de Saúde Primários (Kendall, Settiani & Cummings, 2012).

Knoff (2006) acrescenta que as escolas, como segundo *Setting* mais frequentado por crianças, representam um recurso significativo e potencial para as assistir e às suas famílias, no desenvolvimento positivo das suas capacidades de *Coping* e em trabalhar as problemáticas emocionais e do comportamento. Poderá ser ainda mais vantajoso quando juntamos à equação a familiaridade e confiança que poderão advir das relações estabelecidas entre professor e aluno ou outros profissionais da comunidade escolar, em oposição a um profissional externo à instituição, contribuindo com uma maior facilidade de comunicação e um clima escolar positivo.

Com uma intervenção preventiva precoce, existe também o potencial de reduzir índices de depressão, uma vez que existe uma forte correlação de comorbilidade com perturbações depressivas, assim como poderá ter impacto em transições de risco ao longo da vida da criança, como uma mudança de escola ou outras transições significativas. Proporciona também, aos pais, uma oportunidade de aprendizagem positiva e de desenvolvimento de capacidades de regulação emocional (Hirshfeld-Becker et al., 2008).

### **2.5.2. Psicofármacos**

Apesar da vasta incidência de perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes, o tratamento farmacológico para estas perturbações, nestas idades, ainda não se encontra muito estudado, não havendo, assim, consenso sobre a sua indicação (Maia & Rohde, 2007).

Ao analisar os vários estudos realizados, foi possível verificar três classes de medicamentos prescritos, mais utilizados. Em primeiro lugar podemos encontrar os Inibidores Selectivos de Captação de Serotonina (ISRS), como a Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina e Fluvoxamina. Estes fármacos, também usados no tratamento da depressão, aumentam a concentração (extracelular) do neurotransmissor Serotonina, inibindo a sua recaptação pelo neurónio pré-sináptico, deixando Serotonina disponível para a ligação ao receptor pós-sináptico. São os baixos valores de Serotonina que poderão causar a manifestação de sintomas de perturbações ansiosas ou de perturbações depressivas (Maia & Rohde, 2007; Reinblatt & Riddle, 2007). A segunda classe de fármacos mais utilizada é o Antidepressivo Tricíclico, como a Imipramina, que apresentam um processo de funcionamento com a mesma base do anterior, com a diferença que não só aumenta a disponibilidade de Serotonina na fenda sináptica, mas também de Norepinefrina, outro neurotransmissor essencial para a modulação do humor (Nadal-Vicens, Chyung & Turner, 2009). Por fim, a classe dos Benzodiazepínicos, como o Alprazolam ou o Clonazepam, estes fármacos ansiolíticos podem funcionar como sedativos, hipnóticos, coadjuvantes anestésicos ou relaxantes musculares, funcionando como agonistas dos GABA.

Na administração específica a crianças e adolescentes, Maia e Rohde (2007) referem que apesar da escassez dos estudos, já mencionada anteriormente, foi possível encontrar resultados favoráveis à utilização de ISRS, apesar de considerados moderados e colocando um alerta para os seus efeitos secundários, já que em estudos como o de Wagner et al. (2004) 88,3% dos pacientes revelaram pelo menos um efeito adverso. Nos estudos que contemplaram o uso de Benzodiazepínicos, os benefícios mostraram-se pouco expressivos, revelando pouca melhora no grupo de jovens tratado (Maia & Rohde, 2007).

### 2.5.3. Psicoterapia Dinâmica

Connolly & Bernstein (2007) referem que, apesar dos inúmeros estudos de caso, presentes na literatura, que mostram exemplos de sucesso na psicoterapia dinâmica, as investigações realizadas com o objectivo de avaliar a eficácia desta terapia, seja por si só, em tratamentos combinados ou comparados a outras modalidades, são ainda muito limitadas.

Os mesmos autores mencionam um conjunto de teorias psicodinâmicas que, por norma, servem de base para uma perspectiva fundamentada dos casos de ansiedade, permitindo a sua compreensão. Destacam, por exemplo, a Psicologia do Ego, as Relações-Objecto e a Psicologia do *Self*, onde é incorporada a avaliação das conquistas e dificuldades de desenvolvimento dos pacientes. São utilizadas técnicas de suporte e de expressão para minimizar o conflito interno ao mesmo tempo que pretendem melhorar a regulação do afecto e dos impulsos, permitindo ao individuo desenvolver as suas próprias capacidades de identificar a ansiedade.

Target & Fonagy (1994, cit in Lis et al., 2001) remetem para um estudo do *Anna Freud Centre*, realizado com 352 crianças que encaixavam nos critérios de diagnóstico do DSM-III-R para perturbações de ansiedade ou depressivas. As crianças incluídas nesta revisão teriam sido sujeitas a psicoterapia dinâmica uma a três vezes por semana, com duração média de 2 anos. As crianças do estudo, com diagnóstico de perturbação de ansiedade, com ou sem comorbilidade, foram as que apresentaram melhores resultados após o tratamento, em comparação com crianças diagnosticadas com outras perturbações.

Apesar de uma extensa experiência clínica com psicoterapia dinâmica, relatada na literatura, em perturbações de ansiedade em crianças, é necessário um maior enfoque na investigação desta terapia, sobretudo no que diz respeito a estudos controlados que permitam delinear a eficácia deste tratamento em crianças e jovens (Connolly & Bernstein, 2007).

#### **2.5.4. Terapia Cognitivo-Comportamental**

Segundo a National Association of Cognitive-Behavioral Therapist (NACBT, 2007) a Terapia Cognitivo-Comportamental é uma forma de psicoterapia que enfatiza a importância do papel de pensar no que sentimos e no que fazemos.

Segundo a mesma organização, o termo “Terapia Cognitivo-Comportamental” é uma forma geral que abrange várias terapias semelhantes, que reflectem perspectivas diferentes do mesmo modelo, entre elas a Terapia Racional Emotiva e do Comportamento e a Terapia Dialéctica Comportamental, por exemplo. No entanto, como foi dito anteriormente, qualquer uma das terapias descritas responde a um Modelo Cognitivo de Resposta Emocional, baseando-se na ideia de que os nossos pensamentos têm como consequência os nossos sentimentos e comportamentos e não, como noutras formas de terapia, factores externos como outras pessoas, situações ou acontecimentos. Esta interpretação apresenta algumas vantagens sendo que a principal poderá ser que, se conseguirmos modificar a nossa forma de pensar, esta poderá alterar a forma como nos sentimos ou nos comportamos, mesmo que a situação permaneça com as mesmas condições.

Outra das maiores vantagens da TCC é a rapidez na obtenção de resultados, em comparação com outras terapias. A NACBT refere também que, a média de sessões por paciente, rondará as 16 sessões. Este facto deve-se à sua natureza altamente estruturada, que também permite realizar alguns exercícios fora do *Setting* terapêutico.

Na TCC acredita-se que uma relação de confiança com o terapeuta é importante mas não será suficiente para a obtenção de resultados positivos, sendo também importante a aprendizagem de ferramentas que permitam ao paciente alterar a sua forma de pensar, uma vez que este será o objectivo final da terapia.

Ao longo das últimas duas décadas, Terapias Cognitivo-Comportamentais têm vindo a ser cada vez mais desenvolvidas, com o foco numa população cada vez mais jovem, sendo que são trabalhadas perturbações de ansiedade de separação, perturbações de ansiedade generalizada e perturbações de ansiedade social (James, Solar & Weatherall, 2005; Silverman, Pina & Viswesvaran, 2008). Numa amostra com população adulta, foi comprovada a sua eficácia em Perturbações de Pânico, Perturbações de Ansiedade Social, Perturbações Obsessivo-Compulsivas, Perturbações de Ansiedade Generalizada e Perturbações de *Stress* Pós-traumático (Deacon & Abramowitz, 2004).

Inúmeros estudos têm vindo a mostrar evidências de eficácia da terapia cognitivo-comportamental, seja aplicada isoladamente, neste caso à criança ou envolvendo a família no processo. Também está comprovada a sua eficácia com ou sem possibilidade de combinar com tratamento farmacológico (Kendal et al., 2008; Walkup et al., 2008).

Em 2007, Norton & Price apresentaram resultados que mostram que tratamentos dirigidos à ansiedade, que utilizaram técnicas cognitivo-comportamentais, exibiam resultados de eficácia muito superiores a qualquer grupo que não estivesse exposto a estas técnicas (ou placebo), em qualquer categoria de perturbação ansiosa.

Ao longo dos últimos anos, também tem vindo a ser questionada a eficácia destes resultados na prática clínica, uma vez que vários autores alegam que os sujeitos escolhidos para estudos para efeitos de pesquisa poderão apresentar resultados superiores, em relação à eficácia do tratamento a que são sujeitos, por apresentarem uma taxa menor de comorbilidade do que pacientes em *Settings* de prática clínica ditos “naturais”, assim como é colocada a hipótese dos sujeitos selecionados para efeitos de pesquisa apresentarem casos de ansiedade menos severos que na prática regular (Western & Morrison, 2001).

Outra questão, levantada pelas autoras Sanderson, Raue & Wetzler (1998, cit in Stewart & Chambless, 2009) debate se existirá uma diferença significativa nas expectativas dos participantes do estudo e nos pacientes que procuram a ajuda de um especialista, que implique consequências no resultado final. É colocada a hipótese de o grupo de pacientes não participantes no estudo apresentar expectativas mais baixas do que os intervenientes na pesquisa, sendo que a motivação dos últimos poderá ter influência no resultado.

### 3. Objectivo e Questões de Investigação

Como referido na introdução, este trabalho destina-se a colocar uma hipótese de intervenção, passível de ser aplicada no Sistema Nacional de Saúde, mais concretamente no Programa de Saúde Escolar dos Cuidados de Saúde Primários, como forma de dar resposta aos inúmeros casos que passam por estas instituições, diagnosticadas com Perturbação de Ansiedade Generalizada.

O programa de intervenção em estudo caracteriza-se por um conjunto de sessões, dirigidas para um grupo de crianças, onde irão ser aplicados vários exercícios e actividades de grupo que permitem não só informar, como dar a conhecer ferramentas que pretendem ajudar na gestão da ansiedade, ao mesmo tempo que é incentivada a prática regular das mesmas, de forma a criar a possibilidade de melhorar a qualidade de vida destas crianças.

Como já foi também mencionado, o objectivo deste estudo passa por avaliar a eficácia do programa de intervenção, ao mesmo tempo que pretende perceber o impacto que algumas variáveis poderão ter no resultado final, sendo que as questões de investigação se poderão traduzir nas seguintes:

1. Existe uma diferença significativa na intensidade e frequência de sintomas ansiosos, sentidos pela criança integrada no grupo experimental, pré e pós-programa?
2. Existe uma diferença significativa na variação da intensidade e frequência de sintomas ansiosos entre as crianças do grupo experimental e as crianças do grupo de controlo?
3. Existe uma diferença significativa na variação dos resultados pré e pós-programa, nas variáveis “Depressão” e “*Stress*”, no grupo experimental?
4. Existe relação entre a intensidade e frequência da ansiedade sentida pelo Encarregado de Educação e a ansiedade sentida pela criança-participante, no pré-programa do Grupo Experimental?

5. Será possível verificar uma diferença na avaliação do comportamento, sintomas emocionais e relações interpessoais da criança, pré e pós-programa, no grupo experimental?
6. Haverá uma relação entre o *factor g* e o nível de ansiedade das crianças, do grupo experimental, pré-programa?

## 4. Método

### 4.1. Tipo de Estudo

Na presente investigação, efectuou-se um estudo de carácter experimental, do tipo longitudinal uma vez que o mesmo pretendia analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais em dois momentos de avaliação, apresentando também uma vertente comparativa.

No que se refere ao método de recolha da amostra, esta adoptou a forma de uma amostra não-probabilística, por conveniência.

### 4.2. Caracterização da amostra

A amostra que compõe este estudo divide-se em dois grupos: o grupo de controlo e o grupo experimental. Em cada grupo participaram 10 crianças. Apesar de não considerado o procedimento mais adequado, a utilização de percentagens numa amostra de participantes em tão pequena escala, esta é representada apenas para o carácter ilustrativo da amostra.

No *Grupo Experimental*:

Sexo	Frequência	%
<b>Feminino</b>	4	40
<b>Masculino</b>	6	60

Tabela 1 – Caracterização do Género da Amostra do *Grupo Experimental*

Idade	Frequência	%
<b>9</b>	5	50
<b>10</b>	4	40
<b>11</b>	1	10

Tabela 2 – Caracterização da Idade da Amostra do *Grupo Experimental*

Na escola, apesar de algumas diferenças no aproveitamento escolar, nenhuma das crianças terá reprovado de ano até à data, sendo que a amostra oscila entre o 4º e 6º ano de escolaridade. Todas as crianças nesta amostra dominam as capacidades de escrita e de leitura. Estas informações aplicam-se a ambos os grupos.

Analisando a Etnia das 10 crianças da amostra, 7 crianças são de raça Caucasiana, 2 Crianças são de raça Negra e uma criança é de etnia Cigana.

De forma a poder avaliar o estatuto socioeconómico da família onde se insere cada participante, foi utilizado o instrumento *Graffar Adaptado – Notação Social da Família*, que permitiu ter acesso às informações que se seguem.

<b>Habl. Literárias do E.E.</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Ensino Universitário ou Equivalente</b>	2	20
<b>Ensino Médio ou Técnico Superior</b>	1	10
<b>Ensino Médio ou Técnico Inferior</b>	4	40
<b>Ensino Primário Completo</b>	2	20
<b>Ensino Primário Incompleto</b>	1	10

Tabela 3 – Caracterização das Habilitações Literárias do Encarregado de Educação – Grupo Experimental

<b>Posição Social - Graffar</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Classe Social Alta (I)</b>	0	0
<b>Classe Social Média Alta (II)</b>	0	0
<b>Classe Social Média (III)</b>	4	40
<b>Classe Social Média Baixa</b>	5	50
<b>(IV)</b>		
<b>Classe Social Baixa (V)</b>	1	10

Tabela 4 – Caracterização Classe Social (Graffar) – Grupo Experimental

No Grupo de Controlo:

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	3	30
<b>Masculino</b>	7	70

Tabela 5 – Caracterização do Género da Amostra do Grupo de Controlo

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>9</b>	3	30
<b>10</b>	4	40
<b>11</b>	3	30

Tabela 6 – Caracterização da Idade da Amostra do Grupo de Controlo

Analisando a Etnia das 10 crianças da amostra, 4 crianças são de raça Caucasiana, 3 Crianças são de raça Negra e 3 crianças são de etnia Cigana.

Também, nesta amostra, foi utilizado o instrumento *Graffar Adaptado – Notação Social da Família*, que permitiu ter acesso às seguintes informações.

<b>Habl. Literárias do E.E.</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Ensino Universitário ou Equivalente</b>	0	0
<b>Ensino Médio ou Técnico Superior</b>	0	0
<b>Ensino Médio ou Técnico Inferior</b>	3	30
<b>Ensino Primário Completo</b>	5	50
<b>Ensino Primário Incompleto</b>	2	20

Tabela 7 – Caracterização das Habilitações Literárias do Encarregado de Educação – Grupo de Controlo

<b>Posição Social - Graffar</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Classe Social Alta (I)</b>	0	0
<b>Classe Social Média Alta (II)</b>	0	0
<b>Classe Social Média (III)</b>	4	40
<b>Classe Social Média Baixa</b>	3	30
<b>(IV)</b>		
<b>Classe Social Baixa (V)</b>	3	30

Tabela 8 – Caracterização Classe Social (Graffar) – Grupo de Controlo

### 4.3. Instrumentos Utilizados

4.3.1. Para a caracterização da amostra foi utilizado um **Questionário Sócio-Demográfico** que tinha objectivo recolher a seguinte informação:

1. Sexo
2. Idade
3. Etnia
4. Situação Escolar
5. Local de Residência
6. Estrutura Familiar da Criança
7. Experiência com a Consulta de Psicologia

4.3.2. Como já foi mencionado, foi utilizado o **Questionário da Notação Social da Família** ou *Graffar Adaptado* (Amaro, 2001).

A Escala de Notação Social da Família trata-se de uma classificação internacional que possibilita a determinação da Posição Social da família. A Escala encontra-se dividida em cinco critérios: Profissão, Instrução, Origem do Rendimento Familiar, Tipo de Habitação e Local de Residência.

A escala é preenchida de acordo com o elemento que tem maior rendimento no agregado familiar.

Cada um dos critérios apresenta cinco possibilidades de resposta, onde o sujeito em avaliação deverá escolher a que melhor se enquadra com a sua realidade.

Após preenchidas as respostas, deverá ser feita a soma dos pontos, permitindo depois encaixar a soma numa das cinco classes sociais utilizadas para classificação: Classe Social Alta (Classe I), Classe Social Média Alta (Classe II), Classe Social Média (Classe Social III), Classe Social Média Baixa (Classe IV) ou Classe Social Baixa (Classe V).

### 4.3.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997)

Este questionário é de simples e rápida aplicação, uma vez que apenas contempla 25 itens. Este instrumento poderá fazer parte de uma avaliação clínica, servir como instrumento de investigação de comportamentos, emoções e relações interpessoais ou ainda utilizado para triagem de casos de crianças e adolescentes dos 4 aos 17 anos de idade (Portela, 2011).

Abrange cinco escalas diferentes: Escala de Sintomas Emocionais, Escala de Problemas de Comportamento, Escala de Hiperactividade, Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, Escala de Comportamento Pró-Social. No final do teste é também apresentada a possibilidade de responder a uma sexta escala que aborda o impacto e a sobrecarga das variáveis anteriores, nos outros, de nome Suplemento de Impacto.

O Questionário de Capacidades e Dificuldades permite analisar informação sobre o comportamento da criança, nos ambientes onde passa a maior parte do seu tempo, escola e casa, e assim fazer uma triagem para perturbações de internalização e externalização, de forma rápida.

As afirmações podem ser respondidas a partir da escolha entre três alternativas, “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”.

A brevidade de aplicação e a abrangência são algumas das maiores vantagens de aplicação deste questionário, sendo também importante o facto de ser possível avaliar tanto atributos comportamentais positivos como negativos.

As propriedades psicométricas e a estrutura factorial tem sido replicada satisfatoriamente em vários países e em mais de 40 línguas. Em Portugal, foi traduzido e adaptado em 2005 por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar.

Existem várias versões deste questionário: uma versão de auto-avaliação, uma versão para crianças a partir dos 11 anos, uma versão para pais e uma versão para professores (Portela, 2011). Para Portugal apenas se encontram adaptadas a versão para pais, a versão para professores e a versão de auto-avaliação.

Neste estudo foi decidido utilizar a Versão de Auto-avaliação (*standard*).

#### 4.3.4. **Inventário de Ansiedade Estado e Traço – STAI-Y (Spielberger, 1983)**

Este instrumento foi selecionado como medida de Ansiedade a ser aplicada aos Encarregados de Educação de cada um dos participantes neste estudo.

Criado como medida do Estado e Traço da Ansiedade, este instrumento encontra-se dividido em duas escalas de auto-resposta, cada uma composta por 20 itens: Escala Y-1, relativa à Ansiedade-Estado e Escala Y-2, relativa à Ansiedade-Traço.

Este inventário poderá ser usado no contexto clínico para diagnosticar ansiedade e distingui-la de síndromes depressivos, as suas escalas também são bastante utilizadas como instrumento de investigação (Spielberger et al., 1983).

Existem três versões do STAI (State-Trait Anxiety Inventory): A Forma Original, a Forma X, uma forma revista da primeira que permitia distinguir com mais precisão os dois tipos de ansiedade ao mesmo tempo que também permitia distinguir sintomas depressivos de sintomas ansiosos, e a Forma Y que veio substituir a anterior, mais uma vez substituindo alguns itens para melhorara definição entre os dois tipos de ansiedade, ao mesmo tempo que se torna numa estrutura mais simples que a antecessora, tornando-se assim a forma mais utilizada.

Cada item permite uma resposta de quatro possíveis, na Escala de Ansiedade-Estado, “Nada”, “Um pouco”, “Moderadamente” ou “Muito”, na Escala de Ansiedade-Traço, “Quase nunca”, “Algumas vezes”, “Frequentemente” ou “Quase sempre”.

Em cada escala, metade dos itens encontram-se invertidos, a soma das cotações pode oscilar entre 20 a 80 valores, sendo que quanto mais alto, maior a correlação com níveis elevados de ansiedade.

Neste momento, este instrumento encontra-se adaptado para 12 línguas diferentes, sendo que a versão portuguesa terá sido traduzida e adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Santos em 1997 e mais tarde por Silva e Campos em 1998.

Este instrumento é aplicável a indivíduos de ambos os sexos a partir do 10º ano de escolaridade ou com idade equivalente, aproximadamente 16 anos.

No que diz respeito às qualidades psicométricas, verificam-se valores de fidelidade adequados na amostra total, possuindo um alfa de cronbach de 0.91 para os homens e 0.93 para as mulheres na Escala de Ansiedade-Estado. Na Escala de Ansiedade-Traço surgiram valores de 0.89 nos homens e 0.90 nas mulheres. Em relação à consistência interna dos itens, encontramos valores que oscilam 0.34 e 0.67 nos homens e 0.46 e 0.75 nas mulheres, para a Escala de Ansiedade-Estado. Os valores de correlação para a

Ansiedade-Traço oscilam entre 0.25 e 0.67 no sexo masculino e 0.35 e 0.69 no sexo feminino (Silva, 2003).

#### 4.3.5. Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* para Crianças (EADSC-21)

Esta escala trata-se da adaptação para a população portuguesa da escala *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995. Em 2004, um estudo de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal permitiu disponibilizar esta escala, baseada no Modelo tripartido de Watson, ao contexto clínico ou de investigação em Portugal.

A Escala EADS-C é dirigida a crianças entre os 8 e os 15 anos de idade.

O presente instrumento é composto por 21 itens, agrupados em três sub-escalas que representam cada uma das variáveis em estudo: A Escala da Depressão, a Escala da Ansiedade e a Escala do *Stress*, cada uma contendo 7 itens.

Cada item apresenta uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, será depois apresentada uma escala de respostas tipo Likert com quatro pontos de intensidade ou frequência, cotados de zero a três valores a partir de “Não se aplicou nada a mim”, “Aplicou-se a mim algumas vezes”, “Aplicou-se a mim muitas vezes” e “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Os resultados de cada sub-escala resultam do somatório dos valores das respostas aos sete itens. Assim, esta escala permite três resultados, um por cada variável, em que o mínimo é zero valores e o máximo é 21, sendo que este extremo corresponde a estados emocionais mais negativos (Ribeiro, 2010).

A Escala possui valores de fidelidade adequados evidenciando um alfa de Cronbach de 0.85, 0.74 e 0.81 para a Depressão, Ansiedade e *Stress*, respectivamente. A validade desta escala foi realizada com a sua versão original de 42 itens onde foi observada uma correlação elevada, sendo a variância para o *Stress*, Ansiedade e Depressão, 0.89, 0.90 e 0.96, respectivamente (Veríssimo, 2010).

#### 4.3.6. Teste das Matrizes Progressivas de Raven – Versão Colorida

A forma colorida das Matrizes Progressivas de Raven trata-se de uma das provas mais aplicadas no domínio da avaliação da inteligência, internacionalmente (Brites, 2009).

Para Simões (2004), existem várias dimensões que poderão ser avaliadas nesta prova, em primeiro lugar o “factor g”, definido por Spearman, avalia um processo psicológico não-verbal da inteligência, designado por “Capacidade Educativa”, considera também que as MPCR poderão ser uma medida de raciocínio ou uma medida de inteligência fluida.

O mesmo autor defende que esta prova poderá ser aplicada a pessoas que apresentem limitações ao nível da utilização de linguagem, pessoas detentoras de incapacidade física, afasias, paralisia cerebral, surdez, pessoas com deterioração cognitiva, a minorias ou a crianças com idades entre os 4 e os 12 anos.

Cada um dos itens desta prova é constituído por uma matriz de figuras geométricas abstractas. No tipo de cada página, cada matriz apresenta uma lacuna que deve ser preenchida por apenas uma das 6 a 8 soluções apresentadas, que aparecem no fundo da página, o sujeito devera escolher uma opção, a fim de avaliar a sua capacidade de raciocínio e de resolução do problema (Brites, 2009).

Todos os itens desta prova encontram-se divididos em 3 séries: A, B e AB. Cada uma destas séries representa um tipo de raciocínio diferente, necessário à resolução do problema. Ao longo de cada série, o grau de dificuldade de resolução irá aumentando.

No final da administração da prova, será feita a soma dos resultados certos, em cada uma das séries e no total, sendo que cada resposta correcta vale 1 ponto e cada resposta errada valerá zero pontos. Após o somatório, o resultado poderá ser comparado com a tabela de resultados normativos.

Em Portugal, esta prova encontra-se aferida para crianças dos 6 aos 11 anos. Vários estudos têm evidenciado as boas condições psicométricas deste instrumento, apresentando uma consistência interna entre 0.89 e 0.93 e uma estabilidade teste-reteste (1 mês de intervalo) de 0.87. Quanto à validade, a evidência disponível a partir dos dados da análise factorial e dos valores de correlação com os desempenhos na WISC (*Weschler Intelligence Scale for Children*) sugerem a presença dos atributos psicológicos raciocínio e percepção. Em estudos com crianças em idade pré-escolar

foram encontrados valores de consistência interna de  $\alpha=0.73$  e estabilidade teste-reteste de 0.75 (Santos, 2012).

#### **4.4. Procedimento**

Em primeiro lugar, foi distribuída uma Carta de Consentimento Informado à Direcção Executiva de quatro Escolas Públicas de Ensino Básico, no distrito de Lisboa, seleccionadas por conveniência, devido à proximidade ao local onde seriam aplicadas as sessões. A referida carta continha uma breve descrição do projecto de estudo, os seus objectivos e finalidades e ainda, em anexo, o programa de sessões e uma sugestão de calendarização das mesmas.

Todas as escolas contactadas aceitaram colaborar com o presente estudo.

Posteriormente, em cada escola, foi submetido um requerimento aos Professores de todas as turmas do 4º ao 6º ano, para sugestão de alunos que pudessem encaixar no perfil necessário para integrar este projecto de intervenção. Vários professores acederam ao pedido, nomeando um total de 24 crianças.

Foram contactados os respectivos Encarregados de Educação, via telefone, recado na caderneta do aluno ou através de contacto directo da Directora, de forma a aferir o interesse dos mesmos na participação no estudo. Vinte e três de vinte e quatro EE contactados, mostraram interesse em participar, marcando uma primeira Sessão de Esclarecimento e Triagem.

Na terceira fase deste projecto foram realizadas 23 entrevistas, no espaço de duas semanas, onde foram esclarecidos todos os pormenores do projecto, individualmente com todos os EE que vieram acompanhados dos alunos recomendados.

Após esclarecimentos, dois EE admitiram falta de disponibilidade para prosseguir.

Após entrevista clínica e avaliação inicial de 21 crianças, apenas 8 encaixaram no perfil de Ansiedade Generalizada em crianças, descrito no DSM-IV que, em conjunto com o domínio da capacidade de escrita e de leitura, foram os critérios de inclusão deste estudo.

Mais tarde, vieram a ser incluídas, neste grupo, duas crianças que já estariam referenciadas pelo médico de família, com o mesmo diagnóstico e obedecendo aos

restantes critérios, passando também pelo mesmo processo das anteriores. Assim, forma-se o *Grupo Experimental*, com 10 elementos.

A todos EE foi apresentada uma Carta de Consentimento Informado, com as mesmas características da anterior, destacando a importância da monitorização do impacto do estudo, através da avaliação inicial e final. Foi também realçado o sigilo e o anonimato dos dados recolhidos para este estudo.

Para constituição do *Grupo de Controlo* foi replicado o mesmo processo, em mais 4 Escolas Básicas (3 públicas e uma privada), também seleccionadas a partir da sua proximidade às escolas do Grupo Experimental de forma a controlar possíveis variáveis parasitas, onde foram inicialmente sugeridas 32 crianças. Repetido o processo de triagem, foi possível constituir um grupo final de 10 elementos, sendo que 13 encaixariam nos critérios de inclusão mas, por uma questão de incompatibilidade de horários, foram excluídas deste estudo as três crianças que pertenciam ao colégio privado.

Após o término da fase de triagem, foi pedido a todos os participantes e respectivos EE que comparecessem a uma primeira sessão individual de forma a registar alguns dados iniciais, a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação. Este processo foi replicado na última sessão, permitindo avaliar o impacto do programa.

É de notar que, no *Grupo Experimental*, foram aplicados, na primeira sessão, todos os instrumentos utilizados neste estudo, no *Grupo de Controlo* foram apenas aplicados o *Questionário Sociodemográfico*, o *Inventário de Notação Social da Família* e a *Escala de Ansiedade Depressão e Stress*. Na sessão final, foi aplicado ao *Grupo Experimental* o *Questionário STAI*, o *Questionário de Capacidades e Dificuldades* e a *EADSC-21*, ao *Grupo de Controlo* foi apenas aplicado a *EADSC-21*. A escolha dos instrumentos a serem aplicados por grupo, foi definida apenas pela obtenção de informações e resultados necessários à resposta das questões de investigação enunciadas previamente.

Entre as duas sessões de avaliação, o *Grupo Experimental* foi submetido a 12 sessões em grupo, uma manhã fixa por semana, no que estaria inicialmente calendarizado para um período de 16 semanas, atendendo à interrupção para férias do calendário escolar. O programa foi estendido uma semana, uma vez que foi cancelada uma sessão, devido a actividades escolares alusivas ao final de período.

#### 4.4.1. Calendarização das Sessões

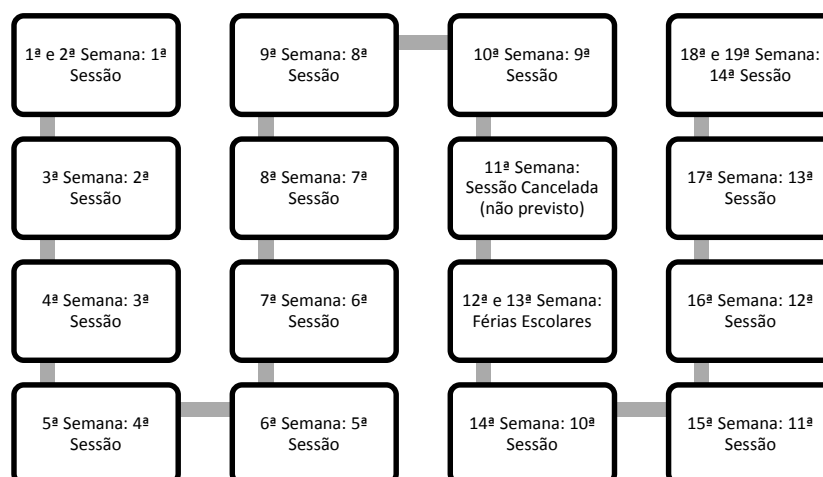


Figura 1 – Calendário das Sessões

#### 4.4.2. Programa de 14 Sessões

Segue uma tabela que pretende sintetizar o programa de 14 sessões. Todas as sessões contaram com a presença de uma psicóloga clínica, com experiência no Programa de Saúde Escolar do Sistema Nacional de Saúde e a presente autora deste projecto.

Será possível analisar, com maior detalhe, as especificações e a descrição de cada actividade no “Guião de Sessões”, presente no “Anexo A” deste estudo, assim como alguns apontamentos que permitem compreender o desenrolar das sessões, no momento da sua aplicação no “Anexo B”.

Sessão	Actividade	Material Necessário	Objectivo	T.P.C.
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimentos em relação a objectivos e conteúdos programáticos;</li> <li>• Avaliação inicial (EE + criança-participante);</li> <li>• Consentimento Informado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de avaliação;</li> <li>• Carta de Consentimento Informado.</li> </ul>	Execução da avaliação pré-intervenção.	Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação das supervisoras e dos elementos do grupo;</li> <li>• Clarificação de objectivos e expectativas;</li> <li>• Regras de funcionamento das sessões;</li> <li>• Contracto de Participação;</li> <li>• Construção da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel;</li> <li>• Cartolina (2x A3);</li> <li>• Canetas de várias cores;</li> <li>• Tesoura;</li> <li>• Cola;</li> </ul>	Promover a interacção do grupo. Estabelecer regras e objectivos do programa. Destacar a importância da adesão do empenho nas actividades.	Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.

3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Actividade “Que desenho animado sou?”;</li> <li>• Actividade “Adivinha o que sinto”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento;</li> <li>• Folhas de papel A4;</li> <li>• Marcador preto;</li> <li>• Fita-cola;</li> <li>• “Cartões-Sentimento”;</li> <li>• Material de Projecção.</li> </ul>	<p>Desenvolver competências pessoais e sociais, promovendo a interacção em grupo. Desenvolver o espírito de cooperação e confiança entre o grupo. Identificação de sentimentos e emoções.</p>	<p>Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Relembrar o que foi feito na última sessão;</li> <li>• Diferenças: “Calmo vs. Ansioso”;</li> <li>• “Escala de Ansiedade”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• Imagens de situações, objectos ou personagens que remetam para a associação com as variáveis “calma” e “ansiedade”;</li> <li>• Folhas A4 brancas;</li> <li>• Material de escrita;</li> <li>• “Post-its”.</li> </ul>	<p>Compreender a influência e associações de objectos e situações a sentimentos ansiosos. Identificar e diferenciar as mesmas variáveis a sentimentos ansiosos e não ansiosos. Compreender os diferentes níveis de intensidade relativos à ansiedade.</p>	<p>Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Rever o que foi aprendido na última sessão;</li> <li>• Visionamento e discussão de um conjunto de excertos de filmes de animação: “Todos ficamos ansiosos”;</li> <li>• “Algumas pistas que o nosso corpo nos dá!”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• Excertos de filmes;</li> <li>• Cartolina com imagem do corpo humano;</li> <li>• “Post-its – sintomas”.</li> </ul>	<p>Compreender que a ansiedade se trata de uma característica natural e global do ser humano, permitindo a identificação a algumas personagens heroicas de ficção. Identificar manifestações somáticas de ansiedade.</p>	<p>Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.</p>

6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Rever o que foi aprendido na última sessão;</li> <li>• “Aprender a Relaxar”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Colchões/ Tapetes de Ioga ou algo semelhante.</li> </ul>	<p>Identificar actividades que estimulem a sensação de calma, descontração e que ajudem a prevenir a ansiedade.</p> <p>Apresentar alguns exercícios de relaxamento: Respiração abdominal e Relaxamento Muscular Progressivo.</p>	<p>Escolher um membro da família para transmitir conhecimentos adquiridos relativos à Respiração Abdominal.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• <i>Feedback</i> do trabalho de casa da sessão anterior;</li> <li>• “Pensamento, sentimentos e acções”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Fichas de trabalho: “Em que estou a pensar?”.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Compreender a relação entre pensamento-sentimento-acção.</p>	<p>Praticar respiração abdominal uma vez por dia, até à sessão seguinte.</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• Rever o que foi aprendido na última sessão;</li> <li>• “Armadilhas do pensamento”;</li> <li>• “Pensamento Detective”;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• 10 Lápis de carvão/ canetas;</li> <li>• Folhas Papel A4;</li> <li>• Colchões/ Tapetes de Ioga ou algo semelhante.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Analisar esquemas e crenças disfuncionais que estão na origem da ansiedade.</p> <p>Apresentar formas simples de desconstruir crenças disfuncionais.</p>	<p>Desenhar uma “tira de banda desenhada” - situação ansiogénica resolvida pela personagem “Detective” aplicando o que foi aprendido durante a sessão.</p>

9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• Rever o que foi aprendido na última sessão com a ajuda do trabalho de casa</li> <li>• Resolução de problemas – passos;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Folhas A4;</li> <li>• 10 Lápis de carvão/ canetas.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Apresentação de 4 simples passos que pretendem auxiliar a resolução de problemas – exercícios de aplicação.</p>	<p>Identificar e escrever uma situação problemática que ocorra durante a semana.</p> <p>Escrever um pequeno texto aplicando os passos para a resolução do mesmo, aprendidos durante a sessão.</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• Rever o que foi aprendido na última sessão com a ajuda do trabalho de casa;</li> <li>• Auto-avaliação e reforço: termómetro dos sentimentos e lista de recompensas;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Folhas brancas A4;</li> <li>• Lápis de Carvão/Caneta;</li> <li>• Colchões/ Tapetes de Ioga ou algo semelhante.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Compreender a importância da auto-avaliação das emoções e sentimentos, assim como das recompensas na prática dos conteúdos aprendidos.</p>	<p>Praticar respiração abdominal uma vez por dia, até à sessão seguinte.</p> <p>Apresentar sugestões de Reforço positivo à família e negociá-los.</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• Criar um “anúncio de televisão”, em grupo, com o resumo do que foi aprendido ao longo das sessões;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Folhas A4;</li> <li>• 10 Lápis de carvão/ canetas.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Rever conteúdos das sessões anteriores.</p>	<p>Praticar respiração abdominal uma vez por dia, até à sessão seguinte.</p>

12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;</li> <li>• Exercício de relaxamento;</li> <li>• Ensaio dos vários anúncios de televisão;</li> <li>• Preenchimento da folha de presenças/comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• Material de Projecção;</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Colchões/ Tapetes de Ioga ou algo semelhante.</li> </ul>	<p>Treino de exercícios de relaxamento.</p> <p>Rever todos os conteúdos de sessões anteriores.</p> <p>Destacar a importância da preparação atempada para situações ansiogénicas.</p>	<p>Praticar o “anúncio de televisão”, para ser apresentado na próxima sessão.</p>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do “Anuncio de televisão” aos EE;</li> <li>• Entrega de diplomas de participação;</li> <li>• Lanche de convívio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de Presenças/ Comportamento</li> <li>• CD com música para relaxamento;</li> <li>• Diplomas de participação;</li> <li>• Colchões/ Tapetes de Ioga ou algo semelhante.</li> </ul>	<p>Apresentação dos conteúdos programáticos aos EE, de forma a transmitir informação e a envolver a família no processo com intuito de produzir resultados mais eficazes a longo prazo.</p>	<p>Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação final;</li> <li>• Pedido de <i>Feedback</i> em relação ao comportamento e manifestações de ansiedade, da criança, ao longo do período de intervenção (EE + criança-participante).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de avaliação.</li> </ul>	<p>Execução da avaliação pós-intervenção.</p>	<p>Não foi atribuído trabalho de casa na presente sessão.</p>

Tabela 9 – Síntese das Sessões do Programa de Intervenção

## 5. Resultados

A análise dos resultados que se seguem, foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – Versão 20.0), que permitiu a execução das estatísticas descritivas e o estudo comparativo e correlacional entre as principais variáveis.

De forma a facilitar a compreensão da análise, os resultados foram organizados segundo as questões de investigação orientadoras deste estudo, seguidos da explicação da análise estatística realizada e da respectiva interpretação.

**Questão 1:** Existe uma diferença significativa na intensidade e frequência de sintomas ansiosos, sentidos pela criança integrada no grupo experimental, pré e pós-programa?

Para responder a esta pergunta, foram analisados os resultados obtidos a partir da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*, de 21 itens, para crianças.

Foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, teste não paramétrico, que permite averiguar se as distribuições populacionais de duas variáveis, pelo menos ordinais, fortemente correlacionadas, coincidem (Coelho, Cunha & Martins, 2008).

Na tabela que se segue, será apresentada a Estatística de Teste correspondente à diferença entre o pré e pós-programa da variável “Ansiedade”, no *Grupo Experimental*.

<b>Ansiedade Pré e Pós-Programa (GE)</b>	
<b>Estatística de teste</b>	-2,428
<b>Valor-p</b>	0,015

Tabela 10 - Ansiedade pré e pós-programa – GE.

Partindo dos valores da tabela 10, será possível verificar que o *valor-p* teve um resultado de 0,015 que, considerando  $\alpha=0,05$ , será estatisticamente significativo ( $0,015 < 0,05$ ). Adicionalmente, e atendendo às características métricas do instrumento, o valor negativo da estatística de teste permite-nos afirmar que os níveis de ansiedade revelados no momento pós programa de intervenção foram inferiores aos manifestados antes do mesmo.

<b>Sub-escala</b>					
<b>Ansiedade</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>
<b>Pré-programa</b>	10	6,1	1,449	4	8
<b>Pós-programa</b>	10	5,1	1,197	3	7

Tabela 11 – Estatística Descritiva da variável Ansiedade no Grupo Experimental

Assim, será possível confirmar que a resposta à questão 1 será, afirmativa, sendo possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os valores da avaliação da variável ansiedade, nas crianças do Grupo Experimental, antes e depois da sua participação no programa de sessões. Considerando ainda a estatística descritiva na tabela 11, poderemos observar que a média do somatório das respostas à sub-escala, desceu um valor, indiciando níveis de sofrimento mais baixos.

**Questão 2:** Existe uma diferença significativa na variação da intensidade e frequência de sintomas ansiosos entre as crianças do grupo experimental e as crianças do grupo de controlo?

Para responder a esta questão foi, em primeiro lugar, considerada a variável “Ansiedade”, no pré-teste, de ambos os grupos. Para este efeito foi utilizado o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, teste não paramétrico, que permite averiguar se a distribuição de uma variável, pelo menos ordinal, coincide em duas populações, a partir de um *design* de amostras independentes (Coelho, Cunha & Martins, 2008).

<b>Ansiidade Pré-Programa</b>	
<b>Estatística de teste</b>	-0,039
<b>Valor-p</b>	0,971

Tabela 12 – Pré-programa – Grupo Experimental e Grupo de Controlo

Considerando os resultados do Grupo Experimental e do Grupo de Controlo, relativamente à variável “Ansiidade”, na primeira avaliação, podemos verificar, na tabela 12, que o *valor-p* é de 0,971, ou seja, para  $\alpha=0,05$ , não é rejeitada a hipótese nula que defende que não existirá diferença estatisticamente significativa entre distribuições. Concluindo, então, que não existe uma diferença significativa entre os valores da primeira avaliação de ambos os grupos.

De forma a perceber se existiu uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados do pré-teste e os resultados do pós-teste, no Grupo de Controlo, foi novamente utilizado o teste de *Wilcoxon*, descrito anteriormente na questão 1. Os dados encontrados são apresentados na tabela que se segue.

<b>Ansiidade Pré e Pós-Programa (GC)</b>	
<b>Estatística de teste</b>	-1,000
<b>Valor-p</b>	0,317

Tabela 13 – Ansiidade Pré e Pós-programa - GC

Foi confirmado que, a partir do *valor-p* obtido (0,317) e do valor de  $\alpha$  considerado (0,05), não existirá uma diferença significativa entre os valores pré e pós-programa, no Grupo de Controlo ( $0,317 > 0,05$ ).

A partir das justificações anteriores é possível responder à questão 2, uma vez que foi verificado que ambos os grupos partiram de valores que não seriam estatisticamente diferentes e o Grupo de Controlo não apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a segunda avaliação, ao contrário do Grupo Experimental, comprovado na questão 1. Assim sendo, podemos confirmar que existiu uma diferença significativa entre os resultados dos dois grupos, presentes neste estudo.

**Questão 3:** Existe uma diferença significativa na variação dos resultados pré e pós-programa, nas variáveis “Depressão” e “Stress”, no grupo experimental?

	<b>Depressão Pré e Pós-Programa (GE)</b>	<b>Stress Pré e Pós-Programa (GE)</b>
<b>Estatística de teste</b>	-1,000	0,00
<b>Valor-p</b>	0,317	1,000

Tabela 14 – Depressão e Stress Pré e Pós-programa- GE

A partir da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADSC-21) foram recolhidos resultados, no Grupo Experimental, previamente às Sessões de intervenção e posteriormente às mesmas. Será, então, possível monitorizar as diferenças utilizando o teste de *Wilcoxon*, já utilizado em questões anteriores.

Analisando a tabela 12, é concluído que, relativamente à variável “Depressão”, existiu uma pequena diferença entre os resultados, apesar da mesma não ser estatisticamente significativa ( $0,317 < 0,05$ ).

Já na variável “Stress”, não foram encontradas quaisquer diferenças, nos resultados dos participantes, entre os dois momentos de avaliação ( $valor-p=1$ ).

**Questão 4:** Existe relação entre a intensidade e frequência da ansiedade sentida pelo Encarregado de Educação e a ansiedade sentida pela criança-participante, no pré-programa do Grupo Experimental?

Para responder a esta questão, foram utilizados os resultados obtidos a partir da Sub-escala de Ansiedade, na EADSC-21, e os resultados obtidos pelos Encarregados de Educação na resposta ao questionário STAI – Forma Y.

De forma a medir a intensidade da relação entre as variáveis, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, uma vez que este coeficiente não é sensível às assimetrias na distribuição, sendo o indicado para distribuições que não seguem a normalidade (Coelho, Cunha & Martins, 2008).

Segundo a análise, utilizando o SPSS, foi possível verificar que o valor de correlação entre as duas variáveis exprimia  $r_s = 0,12$  o que traduzia um valor de correlação praticamente nulo.

Esta análise permite responder à pergunta inicial, justificando que não existe uma relação entre os resultados de avaliação de Ansiedade nos Encarregados de Educação, e os resultados da mesma variável nas crianças que participaram no Grupo Experimental.

**Questão 5:** Será possível verificar uma diferença na avaliação do comportamento, sintomas emocionais e relações interpessoais da criança, pré e pós-programa, no Grupo Experimental?

Com o objectivo de responder a esta pergunta, foram analisados os dados referentes à aplicação do *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (versão para crianças), no primeiro e no segundo momento de avaliação, aplicado às crianças integradas no Grupo Experimental.

Para compreender as diferenças estatísticas, foi utilizado o teste de *Wilcoxon*, cujos resultados se encontram sintetizados na tabela 15.

	Escala de Sintomas Emocionais	Escala de Problemas de Comportamento	Escala de Hiperactividade	Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	Escala de Comportamento Pró-social
Estatística de teste	-2,070	-1,732	-0,577	-1,732	-1,732
Valor-p	0,038	0,083	0,564	0,083	0,083

Tabela 15 – Comportamento, Sintomas Emocionais e Relações Interpessoais - GE

Assumindo um valor de  $\alpha = 0,05$ , podemos verificar que, a Escala de Sintomas Emocionais foi a única a apresentar resultados com uma diferença estatisticamente significativa da primeira para a segunda avaliação ( $0,038 < 0,05$ ). Sendo que na Escala de Problemas de Comportamento ( $0,083 > 0,05$ ), na Escala de Hiperactividade ( $0,564 > 0,05$ ), na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas ( $0,083 > 0,05$ ) e na Escala de Comportamento Pró-social ( $0,083 > 0,05$ ), não foi rejeitada a hipótese nula.

Estas conclusões respondem à questão 5, uma vez que será possível verificar que apenas existiu uma diferença significativa nos Sintomas Emocionais, sentidos pela criança, integrada no Grupo Experimental, após o decorrer das sessões de intervenção.

**Questão 6:** Haverá uma relação entre o *factor g* e o nível de ansiedade das crianças, do grupo experimental, pré-programa?

Para responder a esta questão serão considerados os dados da sub-escala de Ansiedade (*EADSC-21*), do Grupo Experimental, do primeiro momento avaliativo ao mesmo tempo que serão utilizados os resultados da aplicação das *Matrizes Coloridas Progressivas de Raven*.

Para analisar a relação entre estas duas variáveis, foi novamente utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, já definido na questão 4.

	<b>N</b>	<b>V. Min</b>	<b>V. Max</b>	<b>Média</b>	<b>D. Padrão</b>
<b>∑ Sub-escala</b>	10	8	16	12,20	2,898
<b>Ansiedade</b>					
<b>Percentil</b>	10	25	95	63,50	21,864
<b>MCPR</b>					

Tabela 16 – Estatística Descritiva do Somatório dos valores da Sub-escala Ansiedade e Percentil das MCPR

Segundo a análise, utilizando o SPSS, foi possível verificar que o valor de correlação entre as duas variáveis exprimia  $r_s = 0,601$  o que traduz uma correlação moderada entre as variáveis.

Respondendo à questão 5, é possível verificar uma relação moderada positiva, entre a variável Ansiedade e o *factor g*, nas crianças do Grupo Experimental, antes das sessões da intervenção.

## 6. Discussão de Resultados

Portela (2011) refere que, apesar da prevalência de perturbações psicopatológicas nas crianças e adolescentes, estas tendem a ser pouco reconhecidas e sub-tratadas nos Cuidados de Saúde primários. Vários estudos têm vindo a mostrar que o maior obstáculo, no acesso ao tratamento adequado, recai sobre a dificuldade de identificação e reconhecimento destes casos pelos técnicos de saúde, na sua maioria médicos, que impede o processo de decisão e referenciação para a consulta especializada de saúde mental. Neste sentido, a formação dos médicos, no que diz respeito a estratégias específicas de reconhecimento destas perturbações durante as consultas de rotina, é essencial para resolver esta dificuldade (Rodrigues, 2004).

É aqui que a colaboração entre médicos e psicólogos será fundamental. É importante o trabalho em modelos integrados, em equipa, para que não só exista benefício para os utentes mas também para os próprios técnicos. Não devem, no entanto, ser ignoradas as dificuldades inerentes a esta relação que podem passar por diferenças na orientação conceptual e de treino, os estilos práticos divergentes como as diferenças de tempo e assuntos de confidencialidade, as expectativas de avaliação e tratamento e ainda barreiras logísticas, limitações financeiras ou outras dificuldades impostas pelos serviços profissionais (Bluestein & Cubic, 2009 cit in Portela, 2011).

Ultrapassada a primeira barreira, será da maior importância, para os casos referenciados à consulta de saúde mental, que exista uma estrutura preparada para receber e tratar cada caso da forma mais adequada às suas necessidades e características, pelo que existe um espaço disponível para receber um conjunto de soluções que possam não só servir estes propósitos mas fazê-lo de forma sustentada, a partir do número de recursos disponíveis, que muitas vezes se tornam limitados.

Foi a partir desta premissa que foi desenvolvido o projecto inicial com fim à elaboração deste estudo.

Após uma revisão da literatura, foi constatada a necessidade de intervir numa população jovem, de forma a minimizar a prevalência e o agravamento da perturbação ao longo da vida do utente. Starrenburg et al. (2013) referem ainda que, numa análise recente dos estudos realizados na área, é indiciado que crianças até aos 11 anos de idade retiram maiores benefícios de programas de intervenção em grupo, do que crianças com idades superiores.

Para além do objectivo terapêutico, existem inúmeras variáveis que podem ser consideradas vantajosas para o utente, no contexto de um grupo terapêutico, em comparação com terapia individual, as que mais facilmente poderão ser destacadas são o desenvolvimento das competências pessoais e sociais, o combate à tendência de isolamento, o estabelecimento de relações de apoio e interajuda, maior motivação não só na frequência de sessões mas na participação nas actividades propostas e a troca de experiências e informação.

Este estudo tem como maior objectivo avaliar a eficácia de um programa de 14 sessões de intervenção na Ansiedade Generalizada, em crianças, passível de ser aplicado no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Para isto, foram criadas algumas questões de investigação que irão ser discutidas, de seguida, neste capítulo e cujos resultados foram descritos no capítulo anterior.

Em primeiro lugar foi analisada a diferença do nível de intensidade e frequência de sintomas ansiosos antes e depois do programa de sessões. A partir da análise dos dados estatísticos, foi possível encontrar resultados estatisticamente significativos que confirmam a diferença entre os dois momentos de avaliação, evidenciando menos intensidade e frequência dos sintomas após a realização das sessões.

Apesar de não existirem dados na literatura que pudessem corroborar com o sucesso, ou não, do programa, uma vez que muitas actividades foram criadas especificamente para o efeito, vários exercícios foram baseados em actividades propostas por Kendall (2011), para terapia individual em crianças ansiosas, sendo que as actividades originais têm vindo a dar provas da sua eficácia em países como os Estados Unidos da América ou os Países Baixos (Starrenburg et al., 2013).

Outras tarefas centrais do programa, como a Respiração Abdominal e o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, têm vindo a comprovar a sua eficácia na diminuição de sintomas psicológicos ou somáticos e no *coping* com respostas emocionais consequentes da Ansiedade (Hebling & Lohaus, 2002).

Assim, foi possível criar uma estrutura que suportasse algumas das actividades que não seriam ainda estudadas. Uma das questões que se poderá colocar será relativa à necessidade de exploração do impacto que cada actividade, individualmente, poderá ter tido no resultado final, uma vez que seria essencial perceber quais as que teriam alguma validade e quais as que deveriam ser aperfeiçoadas ou excluídas do programa de sessões.

Em relação à segunda questão de investigação, de novo para tentar perceber a validade dos resultados obtidos na primeira pergunta, foi utilizado um Grupo de Controlo. Neste grupo estavam integradas dez crianças que apresentavam não só características sociodemográficas semelhantes mas que apresentavam uma avaliação inicial das variáveis em estudo, semelhante ao Grupo Experimental, comprovado através dos dados da tabela 12, tentando desta forma excluir algumas variáveis parasitas e medir com maior exatidão o impacto das sessões.

Como seria de esperar, não existindo alterações de maior escala na vida escolar e familiar destas crianças aliado à ausência de medidas terapêuticas para lidar com a Ansiedade, os resultados do primeiro e segundo momento avaliativo não apresentam diferenças estatisticamente significativas, como será possível compreender através da tabela 13. A partir desta análise, é possível concluir que nenhuma das variáveis acima mencionadas tiveram impacto sobre os resultados obtidos no Grupo Experimental, aumentando a probabilidade dos mesmos serem consequência da experiência realizada neste estudo.

A terceira questão de investigação neste trabalho, pretendia perceber se as variáveis Depressão e *Stress* também teriam sofrido influência do programa de sessões estudado, partindo das evidências descritas na literatura. Autores como Clarck & Watson (1991) descrevem modelos de correlação entre estas variáveis, estes têm vindo a ser corroborados em vários estudos feitos até à data, explorados em maior profundidade no capítulo da revisão da literatura. Os dados que resultaram da avaliação destas variáveis pré e pós-programa (tabela 14) não seguem o sentido do que seria esperado, a partir da análise das informações presentes na revisão dos estudos feitos nesta área, uma vez que existiram diferenças significativas na variável Ansiedade mas estas não se alargaram às variáveis Depressão e *Stress*. Poderão existir algumas limitações a este estudo como o número baixo de elementos que integram a amostra, que poderão estar na origem do conflito.

A quarta questão deste estudo colocava a hipótese de uma relação entre a Ansiedade sentida pela criança e os níveis de Ansiedade do Encarregado de Educação.

Autores como Ginsburg & Schlossberg (2002) sugerem a relação entre as dificuldades de *coping* com a Ansiedade dos pais e a dificuldade no desenvolvimento das mesmas nos seus filhos. Esta dificuldade poderá originar comportamentos que levarão ao aumento da ansiedade da criança que consequentemente darão origem a comportamentos mal-adaptativos.

Os resultados analisados neste estudo não vão ao encontro da revisão da literatura. Foi realizada uma análise que não mostrou relação estatisticamente significativa entre os dois níveis de Ansiedade (Encarregados de Educação e participantes) pré-programa.

Poderão ser colocadas algumas hipóteses, ligadas às limitações deste estudo, que poderão justificar os resultados obtidos. Em primeiro lugar haverá a ter em consideração que apenas 8 dos 10 Encarregados de Educação seriam, de facto, os pais dos participantes, condicionando assim os resultados. Outra limitação que deverá ser tida em conta é a participação de apenas um Encarregado de Educação, sendo que as crianças que vivem com mais do que uma figura parental, apenas terão sido submetidas a uma avaliação parcial, aqui também podendo enviesar os resultados finais. Será também sugerido, em estudos posteriores, uma avaliação da relação entre a ansiedade sentida pelo participante e as características do controlo parental, não consideradas neste estudo.

Apesar de não ter sido possível avaliar o grau de motivação, nas crianças, resultante do envolvimento dos Encarregados de Educação no projecto, será importante referir que, a partir da observação e da interacção com os participantes no decorrer das sessões, foi notória a relação entre o interesse e o acompanhamento em casa, relativamente às matérias e ao desenvolvimento das sessões, e o envolvimento e participação da mesma nas actividades realizadas nas sessões em grupo, observação que poderá ser desenvolvida em estudos posteriores.

Estas variáveis também se mostraram fulcrais em dois pontos essenciais do programa, que ditaram o grau de sucesso entre participantes: a realização do trabalho de casa e a adesão às sessões e às actividades realizadas nas mesmas. Ao longo das 12 sessões em grupo, foi vindo a ser recomendado a prática dos exercícios de relaxamento ao mesmo tempo que incentivada a introdução dos mesmos no dia-a-dia dos participantes, sobretudo em situações identificadas como ansiogénicas. Foi possível distinguir, no desenrolar das sessões, que os participantes que manifestavam ter realizado o trabalho de casa, não só apresentavam uma melhor prestação nas actividades programadas como apresentaram uma maior discrepância entre os resultados do primeiro para o segundo momento de avaliação, sendo que no último mostraram níveis mais baixos de frequência e intensidade de Ansiedade sentida.

Outra das limitações, que pode ser considerada uma barreira à conclusão dos objectivos estabelecidos, foi a adesão de dois participantes às sessões estabelecidas, foi possível verificar que estes também seriam os participantes onde era encontrado um

menor envolvimento, interesse e acompanhamento das actividades por parte dos respectivos Encarregados de Educação. Acresce ainda, como consequência, a desmotivação na realização de tarefas, por parte dos dois participantes mencionados, no decorrer das sessões.

A quinta questão de investigação tinha como objectivo tentar perceber se após exposição às sessões em grupo, seria possível verificar uma diferença no Comportamento, Sintomas Emocionais e Relações Interpessoais no participante. Para isso foi utilizado o *Questionário de Capacidades e Dificuldades* e foram analisadas as respostas após a segunda aplicação. É possível verificar, a partir da tabela 15, que apenas foram encontradas diferenças significativas relativas aos Sintomas Emocionais.

Minahan & Rappaport (2012) identificam alguns comportamentos típicos de crianças ansiosas: crianças que se sentem facilmente frustradas, e facilmente perturbadas por erros cometidos, choro fácil, expressam frequentemente preocupações, apresentam dificuldade em completar tarefas escolares e podem ainda demonstrar irritabilidade e alterações bruscas de humor, ou comportamento evitante, por exemplo. As mesmas autoras defendem que, terapias cognitivo-comportamentais e técnicas que permitam à criança monitorizar os seus próprios sentimentos e comportamentos são aspectos essenciais à regulação da própria ansiedade. Referem ainda que muitas crianças apresentam dificuldades na identificação de sentimentos e emoções que poderão levar a um maior sentimento de frustração. Programas de intervenção preventivos, que possam abordar estes temas e promover ferramentas e informações sobre a Ansiedade e a sua gestão são formas, defendidas pelas autoras, de controlar, adaptar, minimizar ou eliminar estes comportamentos.

Desta forma, seria esperado encontrar diferenças mais acentuadas nas escalas de Problemas de Comportamento e Comportamento Pró-social, pelo que considero que os resultados obtidos neste estudo não seguem a mesma linha que o que está descrito na literatura.

Na sexta questão de investigação foi considerada a hipótese de existência de relação entre o *factor g*, descrito por Spearman, e a Ansiedade. Para isso foi analisada a correlação entre resultado, em forma de percentil, das *Matrizes Coloridas Progressivas de Raven* e os resultados da Sub-escala de Ansiedade (EADSC-21), previamente à exposição às sessões programadas.

Apesar da escassez de estudos recentes entre estas duas variáveis específicas, foram considerados autores como Milgram & Milgram (1977) que defendem que a Ansiedade

em crianças encontra-se associada a valores mais baixos nas avaliações escolares, ao mesmo tempo que, poderá estar correlacionada com níveis de inteligência inferiores. Defendem também que crianças com níveis de inteligência superiores teriam uma maior capacidade de *coping* em situações ansiogénicas.

Os resultados obtidos neste estudo contrariam a literatura apresentada, evidenciando uma correlação positiva entre os valores apresentados nas *Matrizes Coloridas Progressivas de Raven* e o os valores apresentados na Sub-escala de Ansiedade, ou seja, quando melhor o desempenho nas MCPR, associada a um nível de *factor g* superior, mais alto seria o nível de intensidade e frequência de sintomas ansiosos.

Existiram, no entanto, ao longo deste estudo, outras limitações e dificuldades que deverão ser tidas em conta.

Começando pelo processo de triagem da amostra, é necessário referir que apesar de todas as crianças se inscreverem no diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada, algumas apresentam quadros de comorbilidade. Segundo Schniering et al. (2000) as perturbações de ansiedade nas crianças e nos adolescentes raramente ocorrem isoladamente, uma vez que as estimativas sugerem que 40 a 60% das crianças ansiosas apresentam critérios para mais do que uma perturbação de ansiedade ou mesmo com outras perturbações, o que por vezes torna difícil a identificação desses sintomas como sendo de ansiedade, pelos pais, professores ou técnicos de saúde.

Uma outra dificuldade com que me deparei foi o facto de existirem poucos estudos sobre as Perturbações de Ansiedade Generalizada na população portuguesa. Apóstolo et al. (2011) refere que a falta de estudos epidemiológicos de base populacional sobre a prevalência de perturbações mentais está bem patente na literatura, particularmente sendo escassos os estudos relativos à realidade portuguesa. Apenas três estudos, em pequena escala, foram realizados abrangendo a Ansiedade Generalizada em Portugal, desenvolvidos em Centros de Saúde em regiões do centro do país (Apóstolo et al., 2008; Apóstolo et al., 2011a; Apóstolo et al., 2011b). Estas condições dificultam a construção de programas de intervenção ou soluções para estas perturbações, uma vez que com a informação adequada seria possível adaptar os mesmos e os respectivos recursos necessários de forma sustentada. Será, então encontrado um espaço para futuros estudos e investigações na área.

Uma limitação deste projecto passa por apenas possuir espaço para incluir participantes que dominem as capacidades de escrita e leitura, uma vez que esta será uma condição necessária à execução de muitas actividades do programa. Apesar da maioria das crianças com idades compreendidas entre os 9 e 11 anos, em Portugal, a quem se destinam as sessões, dominar as mesmas, ainda existe um grupo de crianças que não preenche estas condições. Poderá existir, assim, a possibilidade de vir a adaptar muitas das presentes actividades, englobadas no programa final, de forma a puder abranger todas as crianças que possam sofrer de Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Uma das maiores dificuldades na construção de cada sessão foi, não só conseguir antecipar e prever o desempenho e necessidades das crianças, como o desenrolar da actividade e o tempo necessário à execução da mesma. Por esta razão, muitas das tarefas precisaram de ter o tempo estimado prolongado, aumentando também o tempo de cada sessão. Desta forma, poderá vir a ser estudada a possibilidade de estender o tempo total de cada sessão de 60 para 90 minutos.

Poderão ser consideradas duas soluções alternativas ao aumento do número de minutos necessários por sessão, a primeira sugestão poderá passar pelo estudo de uma alternativa aos episódios da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”, por uma actividade de menor duração, mantendo o objectivo inicial. A segunda alternativa poderá ser aumentar o número de sessões de grupo em cada programa, uma vez que no presente estudo apenas foram consideradas 12 sessões, podendo também potenciar melhores resultados, uma vez que o número de sessões com exercícios de corrente Cognitivo-Comportamental, oscilam ente 5 a 20 sessões, dependendo da matéria a ser trabalhada e das características da população em foco (Royal College of Psychiatrists, 2013).

Uma variável que não foi considerada inicialmente, e que poderá ter produzido efeito sobre a eficácia das sessões, foi a ampliação, por mais uma semana, da interrupção de duas semanas, inicialmente consideradas, de férias escolares. Poderão ser considerados estudos que desenvolvam as mesmas sessões desenvolvidas, sem o período de interrupção, de forma a avaliar o impacto desta variável no presente projecto.

Apesar de solicitação para este estudo, nem todos os professores, dos participantes no grupo, aceitaram disponibilizar algum tempo para incluir o *feedback* dos mesmos, nos resultados deste trabalho. Por este motivo, não foram recolhidos os dados

enunciados, que pretendiam, completar as informações obtidas através da avaliação, considerando o papel fundamental que estes profissionais têm na vida destas crianças.

Devido ao número muito reduzido de sujeitos que integram a amostra deste estudo, todos os valores considerados como resultado não poderão ser apresentados como válidos para nada mais que este projecto. Não podendo assim serem extrapoladas conclusões para uma população de maior dimensão, uma vez que a amostra deste estudo não segue uma distribuição normal (Coelho, Cunha & Martins, 2008). Pelas mesmas razões não foram consideradas as análises que comparariam as variáveis independentes: Género, idade, Contexto Socioeconómico ou Cultural e Características de Personalidade.

Como sugestão para estudos posteriores, poderão também ser consideradas as diferenças na eficácia do programa, resultantes das características do terapeuta responsável pela coordenação do grupo. Autores como Lutz et al. (2007, cit in Westra et al., 2011) defendem que 8% a 17% da variância existente entre resultados da eficácia, de programas com base Cognitivo-Comportamental, resultam de diferenças individuais dos terapeutas.

A segunda sugestão passar por avaliar a durabilidade dos efeitos resultantes deste programa, percebendo assim se o mesmo produzirá um impacto a curto, médio ou longo prazo. Durham et al. (2003, cit in Butler et al., 2006) encontra evidências de efeitos de terapias Cognitivo-Comportamentais, dirigidas a sujeitos com Perturbação de Ansiedade Generalizada, que apresentam uma duração que pode ir de três meses a dez anos.

## 7. Conclusão

No presente estudo, foi proposta a avaliação de um programa de intervenção dirigido a crianças com diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada.

O programa em estudo resumia-se a 14 sessões de grupo, sendo que duas das mesmas destinaram-se a momentos de avaliação, de forma a determinar a eficácia e o impacto que o mesmo assumiu não só na intensidade e frequência da Ansiedade sentida pelos participantes, que seria o objectivo maior da intervenção, mas das variáveis que estariam associadas, com destaque para a Depressão, *Stress*, Comportamento, Sintomas Emocionais e Relações Interpessoais. Era também desejado, o estudo de correlações entre a Ansiedade sentida pelos participantes com variáveis como a Ansiedade dos Encarregados de Educação, e o *factor g* dos respectivos participantes.

Foi utilizado o recurso a um Grupo de Controlo, de forma a compreender a extensão dos resultados do Grupo Experimental, exposto ao programa de intervenção. Foi utilizada uma amostra de 20 crianças, sendo que 10 pertenceriam ao Grupo Experimental e as restantes 10, ao Grupo de Controlo.

É, então, possível encontrar diferenças estatisticamente significativas nos resultados pré e pós programa de intervenção no Grupo Experimental, relativamente à variável Ansiedade. Foi compreendida a diferença de resultados, também na variável Ansiedade, entre Grupo Experimental e Grupo de Controlo, o que vem corroborar a eficácia do objectivo principal do programa em estudo.

Apesar do sucesso do objectivo acima descrito, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Depressão, *Stress*, Comportamento e Relações Interpessoais, no Grupo Experimental, como seria de esperar a partir dos dados recolhidos na literatura.

Foi ainda possível encontrar uma diferença de resultados significativa, pré e pós Grupo Experimental, relativa à variável “Sintomas Emocionais”, avaliada a partir do Questionário de Capacidades e Dificuldades, de Goodman (1997), que se traduziu numa consequência de um nível de Ansiedade mais baixo.

No estudo de variáveis correlacionadas, não foi encontrada relação entre a Ansiedade do Encarregado de Educação com a dos participantes no Grupo Experimental, no entanto, foi verificada uma correlação forte entre o *factor g* representado pelo resultado das Matrizes Coloridas Progressivas de Raven, e a

Ansiedade das crianças factor que poderá ser um dado interessante a explorar em estudos posteriores, pela falta de consistência literária e de investigação realizada.

Em suma, será esperado que os resultados obtidos e questões levantadas através deste estudo possam ser considerados para estudos posteriores. Será sobretudo importante para considerar a necessidade de soluções disponíveis à prevenção e intervenção na área da saúde mental, em foco neste trabalho, que não só se mostrem eficazes relativas aos seus objectivos mas também na gestão de recursos disponíveis. Só desta forma será possível garantir o seu emprego no Sistema Nacional de Saúde, possibilitando um serviço à comunidade.

Apesar dos resultados, neste estudo, terem seguido o seu objectivo principal, os mesmos não poderão ser considerados válidos para generalizar ou extrapolar conclusões ao resto da população. Por esta razão, é sugerido a sua replicação em maior escala, ao mesmo tempo que o estudo relativo a todas as questões e sugestões apontadas, de forma a aperfeiçoar e melhorar as possibilidades de obter resultados que ilustrem uma melhor qualidade de vida dos seus participantes.

## 7. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Edição – Texto Revisto). Lisboa: Climepsi.
- Anticich, S., Barrett, P., Gillies, R. & Silverman, W. (2012). Recent Advances in Intervention for Early Childhood Anxiety. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 22 (2), 157-172.
- Antunes, R. A. (2008). Ansiedade, Depressão, Stress e Comportamento Alimentar na Infância (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório ISPA-IU (18322).
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C. & Costa, S. (2008). Depressão, Ansiedade e Stresse em Utentes de Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 45-49.
- Apóstolo, J., Mendes, A., Martins, M., Rodrigues, M., Figueiredo, M. & Lopes, M. (2011a). Perturbações Afectivo-emocionais em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 67-74.
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A. & Rodrigues, M. (2011b). Depression, Anxiety and Stress in Primary Health Care Users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 348-353.
- Barrlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2ª Edição). Nova Iorque: Guilford Press.
- Bayer, J. K., Rapee, R., Hiscock, H., Ukoumunne, O., Mihalapoulos, C. & Wake, M. (2011). Translational Research to Prevent Internalising Problems Early in Childhood. *Depression and Anxiety Journal*, 28, 50-57.
- Besche-Richard, C. & Bungener, C. (2008). *Psicopatologias, Emoções e Neurociências*. Manuais Universitários, 54. Lisboa: Climepsi Editores.

- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G. & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e *Coping* em Crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), 551-561.
- Brites, S. (2009). Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Estudos Psicométricos e Normativos com Crianças dos 4 aos 6 anos (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade de Coimbra (10316/12161).
- Bruggen, C., Stams, G. & Bogels, S. (2008). The Relation Between Child and Parent Anxiety and Parental Control: A Meta-analytic Review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (12), 1257-1269.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E. & Beck, A. (2006). The Empirical Status of Cognitive-Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Clinical Psychological Review*, 26 (1), 17-31.
- Canino, G. (2004). Are Somatic Symptoms and Related Distress More Prevalent in Hispanic/Latino Youth? Some Methodological Considerations. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33 (2), 272-275.
- Clarck, A. C. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders – Science and Practice*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Clarck, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a Unifying Basis for Personality and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505-521.

- Cobham, V. (2012). Do Anxiety-disorder Children Need to Come into the Clinic for Efficacious Treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (3), 465-476.
- Coelho, J., Cunha, L & Martins, I. (2008). Inferência Estatística – Com Utilização do SPSS e G\*Power. Lisboa: Edições Silabo.
- Connolly, S. & Bernstein, G. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (2), 267-283.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A review of Meta-Analytic Findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 429-441.
- Dilworth, J. (2002). Courage the Cowardly Dog. [Episódios em vídeo]. Retrieved from <http://www.youtube.com/user/CoragemBrasil>
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Flannery-Schoeder, E. (2004). Generalized Anxiety Disorder. *Anxiety Disorders in Children and Adolescent* (2ª Edição), 125-140. Nova Iorque: Guilford Press.
- Gibson, D. (2001) Forest Piano. [CD]. Nova Iorque: Solitudes.
- Ginsburg, G. & Schlossberg M. (2002). Family-based Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.
- Gotlib, I. H. (1984). Depression and General Psychopathology in University Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.

- Harmon, H., Langley, A. & Ginsburg (2006). The Role of Gender and Culture in Treating Youth with Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20 (3), 301-310.
- Headley, C. & Campbell, M. (2011). Teacher's Recognition and Referral of Anxiety Disorders in Primary School Children. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 11, 78-90.
- Hebling, J. & Lohaus, A. (2002). Benefits and Interindividual Differences in Children's Responses to Extended and Intensified Relaxation Training. *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (3), 275-288.
- Hirshfeld-Becker, D., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J. & Rosenbaum, J. (2008). Behavioural Inhibition. *Depression and Anxiety Journal*, 25, 357-367.
- Hurvich, M. S. (1997). Classic Revisited: The Ego in Anxiety and, an addendum to Freud's Theory of Anxiety. *Psychoanalytic Review*, 84(4), 483-521
- James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2011). O Caderno do Gato Habilidoso. Lisboa: Coisas de Ler.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2011). O Livro do Gato Habilidoso. Lisboa: Coisas de Ler.
- Kendall, P. C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral Therapy for Anxiety Disordered Youth: A Randomized

Clinical Trial Evaluating Child and Family Modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.

Kendall, P. C., Krain, A. & Treadwell, K. (1999). Generalized Anxiety Disorders. *Handbook of Prescriptive Treatments for Children and Adolescents* (2ª Edição), 155-171. Needham Heights: Allyn & Bacon.

Kendall, P. C., Settapani, C. A. & Cummings, C. M. (2012). No Need to Worry: The Promising Future of Child Anxiety Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41 (1), 103-115.

Kendall, P. C. & Warman M. J. (1996). Anxiety Disorders in Youth: Diagnostic Consistency Across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (6), 453-463.

Kessler, R. (2002). Evidence that Generalized Anxiety Disorder is an Independent Disorder. In D. Nutt, K. Rickels & D. Stein (Ed.) *Generalized Anxiety Disorder – Symptomatology, Pathogenesis and Management*, 3-10. Londres: Martin Dunitz, Ltd.

Knoff, H. M. (2006). The Seven Sure Solutions to School-based Mental Health Services Success – The Necessary Collaboration Between School and Community Providers. In S. W. Evans, M. D. Weist & Z. N. Serpell (Ed.), *Advancing School-based Mental Health Interventions: Best Practices and Program Models*. Nova Jérσία: Civic Research Institute.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.

Krueger, R. F. & Tackett, J. L. (2003). Personality and Psychopathology: Working toward the Bigger Picture. *Journal of Personality Disorders*, 17, 109-128.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersn, M. & Kazdin, A. (1996). A Prospective Study of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Layne, A. E., Bernart, D. H., Victor, A. M. & Bernstein, G. A. (2008). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: *Symptom presentation and predictors of impairment*. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 283-289.
- Lis, A., Zennaro, A. & Mazzeschi, C. (2001). Child and Adolescent Empirical Psychotherapy Research: A Review Focused on Cognitive-behavioral and Psychodynamic-informed Psychotherapy. *Journal of European Psychology*, 6, 36-64.
- Loades, M. & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teacher's Recognition of Children's Mental Health Problems. *Child and Adolescent Mental Health Journal*, 15, 150-156.
- Lyneham, H. & Rapee, R. (2007). Childhood Anxiety in Rural and Urban Areas: Presentation, Impact and Help Seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59, 108-118.
- Maia, C. & Rohde, L. (2007). Psicofármacos para o Tratamento de Transtornos de Ansiedade em Crianças e Adolescentes: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 72-79.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M. & Shortt, A. (2003). Anxiety, Depression and Peer Relationships During Adolescence: Results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children Survey. *European Journal of Education*, 18, 3-14.
- McCleod, J. & Owens T. (2004). Psychological Well-being in the Early Life Course: Variations by Socioeconomic Status, Gender and Race/Ethnicity. *Social Psychology Quarterly*, 67, 257-278.

- Melo, S. (2008). Guião de Relaxamento para Crianças. Retrieved from <http://www.meloteca.com>.
- Mendelson T., Kubzansky, L., Datta, G. & Buka, S. (2008) Relation of Female Gender and Low Socioeconomic Status to Internalizing Symptoms Among Adolescents: A Case of Double Jeopardy? *Social, Science and Medicine Journal*, 66, 1284-1296.
- Merikangas, K. (2011). Service Utilization for Lifetime Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (1), 32-45.
- Milgram, R. & Milgram, N. (1977). The effect of Test Content and Context on the Anxiety-Intelligence Relationship. *The Journal of Genetic Psychology*, 130, 121-127.
- Minahan, J. & Rappaport, N. (2012). Anxiety in Students – A Hidden Culprit in Behavior Issues. *Phi Delta Kappan*, 94 (4), 34-39.
- Nadal-Vicens, M., Chyung, J.& Turner, T. (2009). Farmacologia da Neurotransmissão Serotoninérgica e Adrenérgica Central. In D. Golan, A. Armstrong, E. Armstrong & A. Tashjian (Ed.) *Princípios de Farmacologia – A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia*, 186-202. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- National Association of Cognitive-Behavioral Therapy. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy. Retrieved from <http://www.nacbt.org>.
- Neal, A. & Turner, S. (1991). Anxiety Disorders Research with African Americans: Current Status. *Psychological Bulletin*, 109 (3), 400-410.

- Norton, P. & Price, E. (2007). A Meta-analytic Review of Adult Cognitive-behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Nutt, D. & Bailey, J. (2002). The Neurobiology of Generalized Anxiety Disorder. In D. Nutt, K. Rickels & D. Stein (Ed.) *Generalized Anxiety Disorder – Symptomatology, Pathogenesis and Management*, 3-10. Londres: Martin Dunitz, Ltd.
- Passos, T. B. (2008). Auto-Conceito, Ansiedade, Depressão e Stress em Crianças e Pré-Adolescentes com Diabetes Tipo 1 (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório do ISPA-IU (18321).
- Portela, R. A. (2011). Caracterização de uma Lista de Espera de Crianças e Adolescentes para a Consulta de Psicologia de um Centro de Saúde (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade de Lisboa (10451/4336).
- Rapee, R. M. (2001). The Development of Generalized Anxiety. In M. Vasey & M. Dadds (Ed.) *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, 481-503. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Reinblatt, S. & Riddle, M. (2007). The Pharmacological Management of Childhood Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Psychopharmacology*, 191, 67-86.
- Ribeiro, C. (2010). Síndrome do Intestino Irritável – Observação Ultra-sonográfica, Aspectos Psicológicos e Qualidade de Vida (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório da Universidade da Beira Interior (10400.6/852).

- Rickwood, D., Dean, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. (2005). Young People's Help-seeking for Mental Health Problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-34.
- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rothi, D., Leavey, G., & Best, R. (2008). On the Front-line: Teachers as Active Observers of Pupils' Mental Health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217-1231.
- Royal College of Psychiatrists. (2013). Cognitive Behavioural Therapy. Retrieved from <http://www.rcpsych.ac.uk/>.
- Sancakoglu, S. & Sayar, M. (2012). Relation Between Socioeconomic Status and Depression, Anxiety and Self-esteem in Early Adolescents. *Yeni Symposium Journal*, 50 (4), 207-220.
- Santos, N. (2012). *Inteligência Emocional: A Compreensão das Emoções em Crianças do Pré-Escolar (Dissertação de Mestrado)*. Retrieved from Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (10400.13/444).
- Santos, S. & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a População Portuguesa: Primeiros Dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L & Rapee, R. M. (2000). Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 453-478.

- Seligman, M., Walker, E. & Rosenham, D. (2001). *Abnormal Psychology* (4ª Edição). Nova Iorque: Norton & Company, Incorporated, W. W.
- Sigler, E. & Aamidor, S. (2005). From Positive Reinforcement to Positive Behaviors: An Everyday Guide for the Practitioner. *Early Childhood Education Journal*, 32 (4), 249-253.
- Silva, D. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Ed.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a população Portuguesa*, 1, 47-63.
- Silverman, W., Pina, A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Simões, M. (2004). Recensão Crítica: O Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Ed.) *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa*, 2, 141-171. Coimbra: Quarteto.
- Soares, A. S. (2009). Qualidade de Vida, Depressão e Ansiedade em Indivíduos que Procuram Tratamento para a Obesidade (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório Institucional Universidade Fernando Pessoa (10284/1569).
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Starrenburg, M., Kuijpers, R., Hutschemaekers, G. & Engles, R. (2013). Effectiveness and Underlying Mechanisms of a Group-based Cognitive Behavioural Therapy-based Indicative Prevention Program for Children with Elevated Anxiety Levels. *BMC Psychiatry*, 13, 1-7.

- Stewart, R. & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders in Clinical Practice: A Meta-analysis of Effectiveness Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 595-606.
- Teagle, S. E. (2002). Parental Problem Recognition and Child Mental Health Service Use. *Mental Health Services Research*, 4, 257-266.
- Vélez, C., Johnson, J., Cohen, P. (1989). A Longitudinal Analysis of Selected Risk Factors for Childhood Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 861-864.
- Veríssimo, S. (2010). Relações entre Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, Sintomas Depressivos e Sensibilidade ao Stresse em Puérperas (Dissertação de Mestrado). Retrieved from Repositório Científico Lusófona (10437/1261).
- Vianna, R. R., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez J. (2009). Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5 (1), 46-61.
- Wagner, K., Berard, R., Stein, M., Wetherhold, E., Carpenter, D., Pereira, P., Gee, M., Davy, K. & Machin, A. (2004). A Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial of Paroxetine in Children and Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61 (11), 1153-1162.
- Walkup, J., Albano, A., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J. & Kendall, P. C. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.
- Watson, D. & Clarck, L. (1995). Depression and the Melancholic Temperament. *European Journal of Personality*, 9, 351-366.

- Watson, D., Clarck, L., Assenheimer, K. & McCormick, M. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 3-14.
- Western, D. & Morrison, K. (2001). A Multidimensional Meta-analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Westra, H., Constantino, M., Arkowitz, H. & Dazois, D. (2011). Therapist Differences in Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Psychotherapy Journal*, 48 (3), 283-292.
- Wolfe, V. V., Finch A. J., Saylor, C. F., Blount, R. L., Pallmeyer, T. P., & Carek, D. J. (1987). Negative Affectivity in Children: A Multitrait/Multidimension Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 245-250.
- Wood, J. (2006). Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in a Clinical Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 73-87.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. & Cambron, S. (2002). The Behavior of Anxious Parents: Examining Mechanisms of Transmission of Anxiety from Parent to Child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364-374.
- Yeh, M., Hough, R., McCabe, K., Lau, A. & Garland, A. (2004). Parental Beliefs About the Causes of Problems: Exploring Facial/Ethnic Patterns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (5), 605-610.

## **8. Anexos**

## Anexo A – Guião detalhado: Sessões do Programa de Intervenção

## 1ª Sessão

### Plano da Sessão:

1. Esclarecimentos em relação a objectivos e conteúdos programáticos;
2. Avaliação inicial;
3. Carta de Consentimento Informado.

### Guião:

1. Apresentar o projecto a partir dos seus objectivos e finalidade.

Destacar os principais conteúdos programáticos, duração e calendarização do mesmo.

Esclarecer possíveis dúvidas do Encarregado de Educação e da Criança.

Referir a importância da participação e envolvimento da família no projecto, assim como do seu *feedback*.

Disponibilizar contacto telefónico de forma a facilitar a comunicação, se necessário.

[Tempo previsto: 20 min]

2. Explicar a importância e finalidade da avaliação para monitorizar o impacto da intervenção.

Instrumentos de avaliação para **aplicação ao adulto**: Questionário Sócio-Demográfico, *Notação Social da Família* (Graffar Adaptado), *Inventário de Ansiedade Estado e Traço* (STAI – Forma Y).

Instrumentos de avaliação para **aplicação à criança**: *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (QCD) – Versão de Auto-avaliação, *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS-C) – Versão para Crianças, *Matrizes Coloridas Progressivas de Raven* (MCPR).

A aplicação dos instrumentos é feita em simultâneo à criança e ao Encarregado de Educação, cada um com auxílio de um experimentador.

[Tempo previsto: 1 hora]

3. É apresentada a Carta de Consentimento informado onde se encontram explicitas todas as informações relativas ao projecto, já discutidas no início desta mesma sessão.

Será novamente recordado ao Encarregado de Educação que os dados recolhidos para este estudo serão tratados e divulgados com a maior confidencialidade.

É pedida a assinatura deste mesmo documento, pois só assim a criança poderá ser integrada no programa de intervenção.

[Tempo previsto: 10 minutos]

Tempo total da sessão: 1 hora e 30 minutos.

## **2ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação das supervisoras e dos elementos do grupo;
2. Clarificação de objectivos e expectativas;
3. Regras de funcionamento das sessões;
4. Contracto de Participação;
5. Construção da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. De forma a incentivar a interacção entre os elementos do grupo, é pedido aos participantes que formem pares de trabalho. Cada participante deverá tentar recolher o máximo de informação sobre o seu par com o objectivo de, no final da actividade, o apresentar aos restantes elementos do grupo.

Poderão ser dados alguns temas-exemplo, de forma a ajudar a compreender a actividade, como: Nome completo do par, idade, ano de escolaridade, comida preferida, cor preferida, constituição do agregado familiar, animal de estimação.

De forma a exemplificar, os psicólogos responsáveis pelo grupo poderão apresentar-se, demonstrando a actividade. Depois da exemplificação, são dados 6 minutos para a

recolha de informação, sendo que ao fim dos primeiros 3 minutos o grupo é alertado para trocar a direcção da entrevista.

Fim do tempo definido, os pares deverão, à vez, relatar aos restantes elementos do grupo o que conseguiram descobrir do seu parceiro.

[Tempo previsto: 25 minutos]

2. Comunicar ao grupo, novamente, os objectivos e expectativas do programa e clarificar algumas dúvidas que ainda possam existir.

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. Para esta actividade os coordenadores do grupo deverão distribuir uma caneta/lápis de cor por elemento do grupo e uma folha branca A4.

Será pedido a cada participante que diga, à vez, uma sugestão de regra para o bom funcionamento do grupo, os restantes elementos deverão escutar e decidir se a mesma deverá ser incluída na lista. Se aprovada, o mesmo participante deverá escreve-la, utilizando o material distribuído, recortá-la e colá-la na cartolina colorida.

Cada elemento deverá sugerir, pelo menos, uma regra.

Se necessário, os coordenadores do grupo poderão sugerir alguns exemplos.

[Tempo previsto: 15 minutos]

4. Apresentar e ler ao grupo o contracto de participação, sublinhando a importância da adesão às actividades e interacção com o grupo. Aproveitar este espaço para ressaltar a importância da comparência a todas as sessões calendarizadas e solicitar o maior empenho de todos os participantes.

Distribuir um contracto por participante, que deverá assiná-lo como símbolo do seu acordo, demonstrando assim a necessidade e o compromisso de empenho das duas partes, coordenadores do grupo e participantes.

[Tempo previsto: 5 minutos]

5. Será necessário, para esta actividade, utilizar a segunda cartolina A3, onde deverá estar previamente desenhada uma tabela 15x11, ocupando toda a área da mesma.

Na primeira coluna deverão existir espaços suficientes para cada elemento do grupo escrever o seu nome, deixando um espaço em branco na primeira linha.

Nas restantes colunas, deverá estar escrito na primeira linha, as datas calendarizadas para cada uma das sessões, como no exemplo que se segue:

	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão	7ª Sessão	8ª Sessão	9ª Sessão	1ª Sessão	11ª Sessão	12ª Sessão	13ª Sessão	14ª Sessão
A														
B														
C														
D														
E														
F														
G														
H														
I														
J														

Diagrama de anotações na tabela:

- Um retângulo cinza envolve a primeira linha (cabeçalho) e a primeira coluna (rotulada A-J).
- Um retângulo cinza envolve a primeira linha (cabeçalho) e as colunas 1ª a 14ª Sessão.
- Um retângulo branco com o texto "Datas das Sessões" e uma seta cinza aponta para a célula na linha B e coluna 8ª Sessão.
- Um retângulo branco com o texto "Nomes dos Participantes" e uma seta preta aponta para a célula na linha H e coluna 4ª Sessão.

Será então pedido a todas as crianças que escrevam o seu nome nos espaços destinados, na primeira coluna.

A restante grelha da tabela deverá estar em branco uma vez que será acordado com todos os elementos do grupo que esta cartolina cumprirá uma dupla função: registar a presença dos participantes em cada uma das sessões, ao mesmo tempo que regista o bom ou mau comportamento dos mesmos, que será definido pelo cumprimento, ou não, das regras de funcionamento de grupo definidas no início da sessão.

Para isto, no final de cada sessão, os coordenadores do grupo marcarão as faltas de elementos ausentes, com “F” e ditarão, com os restantes elementos do grupo, se cada participante cumpriu ou não as regras estabelecidas, preenchendo respectivamente com “☺” ou “☹”.

Esta actividade permite inculcar o sentido de responsabilidade pela comparência às sessões, ao mesmo tempo que pretende funcionar como um estímulo ou motivação para o bom comportamento.

Será finalmente pedido a todas as crianças que preencham os campos respectivos à primeira sessão e à presente sessão.

[Tempo previsto: 10 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

### **3ª Sessão**

#### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Actividade “Que desenho animado sou?”;
3. Actividade “Adivinha o que sinto”;
4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

#### Guião:

1. Esta actividade irá dar início às próximas 10 sessões, inclusive. Consiste na apresentação de um episódio da série original de desenho animados: “Courage, The Cowardly Dog” criado por John Dilworth, mais tarde traduzida para a versão brasileira “Coragem, o Cão Covarde”.

Existem várias razões pelas quais foi decidido inserir este conteúdo no programa, em primeiro lugar surge pela necessidade de iniciar a sessão com uma tarefa que concentre a atenção das crianças, preparando-as para as actividades que se seguem, fazendo a ponte entre o programa de intervenção e o mundo exterior. Foi escolhido, também, pelo argumento da série que contempla uma personagem principal (não-humana) que luta contra os seus sentimentos de medo e preocupação constantes, através de pequenos actos que o transformam no herói, no final de cada episódio. Assim, à semelhança do que acontece com a personagem, pretende-se criar um clima de motivação, através de uma actividade divertida, para ultrapassar barreiras.

No final de cada episódio será pedido ao grupo para discutir o que foi compreendido e a moral da história.

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Esta actividade pretende promover a interacção e o desenvolvimento das relações entre elementos do grupo, de forma a criar um ambiente de confiança e segurança, necessário a muitas actividades que irão surgir ao longo do programa.

Trata-se de um jogo que começa com todos os participantes a escrever o nome de uma personagem animada num papel, sem que nenhum outro leia. É então que os coordenadores do grupo recolhem todos os papéis e verificam se não existe nenhuma

personagem repetida. Se existir uma personagem repetida, pede-se a um dos participantes que escolha uma diferente. Uma vez recolhidos todos os papéis, estes são baralhados e colados com fita-cola, nas costas de um participante que não aquele que escreveu o mesmo papel.

É explicado a todas as crianças que ninguém poderá dizer o que cada um tem escrito nas suas costas.

Um a um, cada participante irá levantar-se e virar as costas ao grupo, para que todos reconheçam a personagem. De seguida, o participante de pé deverá colocar questões ao grupo que o ajudem a identificar a personagem mas que apenas possam ser respondidas por “sim” ou “não”.

O jogo termina quando todos tiverem adivinhado a sua personagem e ganhará aquele que a descobrir em menos perguntas.

[Tempo previsto: 20 minutos]

3. Todos os participantes deverão ter uma folha branca e material de escrita. Deverá ser distribuído um “Cartão-sentimento” por participante. Estes cartões serão previamente feitos pelos organizadores do grupo, de um lado deverão ser lisos, de forma a não denunciar, involuntariamente, o que estará escrito no cartão, e pela mesma razão deverá ser opaco (feito em cartolina e não numa folha branca A4, por exemplo) e do outro poderão ser lidos vários sentimentos.

[Sugestão para alguns cartões: Amor, Alegria, Ansiedade, Calma, Ciúme, Coragem, Culpa, Curiosidade, Descanso, Dor, Espanto, Excitação, Medo, Nojo, Orgulho, Raiva, Tristeza]

Nenhum participante poderá revelar o que tem escrito no seu cartão. O participante poderá escolher desenhar algo a que associe o sentimento, poderá ainda desenhar a expressão facial ou corporal que poderá traduzir o sentimento ou, se preferir, poderá expressar-se através da mimica.

Os restantes elementos do grupo estarão divididos em dois subgrupos, ganhará o que acertar mais cartões.

Este exercício pretende promover a capacidade de identificação de sentimentos ou emoções e perceber a facilidade ou dificuldade dos participantes, nesta dimensão.

[Tempo previsto: 20 minutos]

4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

#### **4ª Sessão**

##### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Relembrar o que foi feito na última sessão;
3. Diferenças: “Calmo vs. Ansioso”;
4. “Escala de Ansiedade”;
5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

##### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Relembrar o que foi feito na última sessão. Este ponto permitirá rever os vários sentimentos trabalhados na sessão anterior, entre eles a Ansiedade, que servirá de ligação à próxima actividade.

[Tempo previsto: 3 minutos]

3. Diferenças “Calmo vs. Ansioso”.

Esta actividade divide-se em duas tarefas, ambas têm o objectivo de identificar e distinguir “estar relaxado e calmo” de “estar ansioso ou nervoso”.

3.1. Para isto, a primeira actividade exige que o coordenador do grupo tenha preparado um conjunto de imagens que ilustrem pessoas ou figuras animadas que traduzam, através da expressão facial ou corporal, um sentimento de ansiedade ou

calma. No conjunto de imagens também poderão estar incluídos objectos, ou cenários de situações que possam facilmente ser associadas a estas variáveis. Estas imagens irão precisar de estar separadas em cartões individuais. [Sugestão: 50 imagens para 10 participantes]

No início desta tarefa, as imagens serão baralhadas e separadas em dois grupos. Os participantes também estarão separados em dois grupos e a cada um destes será entregue um conjunto de imagens. Estes deverão separar as imagens correctamente, por sentimento associado, no mínimo tempo possível. Após os dois grupos terem terminado a tarefa, a contagem de respostas correctas será feita com todos os elementos, para que possam discutir e justificar as suas opções. Ganhará o grupo que tiver separado correctamente o maior número de imagens ou, em caso de empate, o que o tiver feito no menor espaço de tempo.

3.2. A segunda tarefa, nesta actividade, passa por pedir a cada criança que escreva numa folha uma situação em que se tenha sentido ansiosa e outra situação em que se tenha sentido calma e a descreva (onde estava, com quem estava, o que estaria a fazer e o que estaria a pensar).

No final, todos deverão ler, em voz alta, as suas redacções para o resto do grupo. Esta actividade permite não só à criança reflectir sobre os seus sentimentos mas partilhá-los com o grupo para que todos sintam que estes fazem parte da vida de todas as crianças.

[Tempo previsto: 20 minutos]

4.1 Para esta tarefa, poderá ser útil utilizar algumas imagens do exercício anterior, escolhendo três imagens que manifestem um grau crescente de ansiedade. Poderá ser perguntado às crianças se conseguirão compreender alguma diferença relativa à intensidade do sentimento e constatará-la.

Poderão ser utilizadas várias metáforas para explicar com maior clareza que a ansiedade também poderá variar de intensidade. [Sugestão: Volume do rádio do carro ou um termómetro]

Será, então, projectada uma imagem de um termómetro que estará legendado, em cada extremidade, “Mais ansioso” e “Menos ansioso”. Será pedido ao grupo para votar em que ponto do termómetro se poderiam encaixar as três imagens anteriores.

4.2. Ainda utilizando o termómetro projectado no exercício anterior, poderá ser pedido a cada criança para escrever uma situação em que se tenham sentido ansiosa, num “post-it”, previamente distribuído.

A criança deverá depois dirigir-se à imagem projectada e colar o “post-it” no ponto do termómetro que considerar que representa o grau de ansiedade sentido naquela situação.

Será importante colocar algumas perguntas para discussão em grupo, por exemplo, se a mesma situação teria o mesmo grau de intensidade para os restantes elementos ou se as situações que deixam determinada pessoa ansiosa, serão as mesmas para todas as outras. Esta discussão pretende fazer reflectir sobre a individualidade do sentimento de ansiedade em cada elemento do grupo.

[Tempo previsto: 20 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 2 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **5ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Rever o que foi aprendido na última sessão;
3. Visionamento e discussão de um conjunto de excertos de filmes de animação: “Todos ficamos ansiosos”;
4. “Algumas pistas que o nosso corpo nos dá!”;
5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Relembrar o que foi feito na última sessão. Será importante reforçar a discussão tida no ponto 4 do programa da última sessão. Esta introdução resultará como ligação à actividade seguinte no sentido em que deverá ser explicado que apesar da individualidade dos nossos sentimentos, estes acabam por ser comuns a todos.´

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. Será apresentado uma composição de vários excertos de filmes de animação onde figuram várias personagens que expressam sentimento de ansiedade. O filme terá a duração de 10 minutos, aproximadamente.

Depois do visionamento dos vários excertos será proposta uma discussão que poderá seguir uma linha semelhante à que se segue: “Existe alguém que nunca tenha ficado ansioso? E os super-heróis no vídeo, estavam ansiosos? O que é que eles fizeram? Alguém se lembra de mais situações em que super-heróis ou outros desenhos animados tenham ficado ansiosos? Então, todos podemos ficar ansiosos?”

[Tempo previsto: 20 minutos]

4. “Algumas pistas que o nosso corpo nos dá” é uma actividade que aborda as manifestações somáticas ligadas à ansiedade.

Esta actividade implica que o coordenador do grupo exponha uma cartolina com uma imagem do corpo humano. São depois distribuídos vários conjuntos de “post-its” em branco a cada participante. É pedido ao grupo que escreva “o que sentem no vosso corpo quando estão ansiosos?”. Poderão ser dados alguns exemplos, de forma a ilustrar o que é pedido, como os que se seguem:

- Sensação de “borboletas no estômago”
- O coração “a bater mais rápido”
- Corar
- Tremer
- Não conseguir ficar quieto
- Dificuldades de concentração

- Perturbações do sono
- Tensão Muscular
- Agonia/Vômito
- Sudorese
- Irritabilidade
- Boca seca

É então pedido que colem os “post-its” no sítio do corpo humano, representado na cartolina, a que associam estas manifestações.

[Tempo previsto: 15 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **6ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Rever o que foi aprendido na última sessão;
3. “Aprender a Relaxar”;
4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento;

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]  
[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Rever o que foi aprendido na última sessão. Esta actividade será importante para consolidar a aprendizagem feita acerca das manifestações sintomáticas da ansiedade.

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. “Aprender a relaxar” será a actividade central desta sessão. Irão ser apresentados dois tipos de exercícios de relaxamento: O Relaxamento Muscular Progressivo, adaptado para crianças e a Respiração Abdominal.

3.1. Todas as crianças deverão estar sentadas numa cadeira, com espaço suficiente à sua volta. É colocado um CD com música que potencie o relaxamento. Serão dadas algumas instruções, que devem ser seguidas para o exercício de **Relaxamento Muscular Progressivo**. Estas instruções são da autoria de Sofia de Melo (2008):

“Deves fazer exactamente aquilo que eu digo.

Deves esforçar-te por fazer o melhor possível o que eu digo.

Deves prestar atenção ao que acontece no teu corpo.

Deves praticar estes exercícios.

Queres fazer alguma pergunta?

Pronto para começar?

Senta-te então agora confortável na tua cadeira.

Encosta-te bem.

Apoia os pés no chão e deixa os braços ao longo do corpo e apoiados nas coxas

Sentes-te bem?

Agora fecha bem os olhos e não os abras até eu dizer.

Vais ouvir a minha voz, e quero que prestes atenção ao teu corpo.

[Queixo]

- Imagina que tens uma pastilha elástica na tua boca. É mesmo muito difícil mastigar. Vais trincá-la com muita força. Deixa os músculos do teu pescoço ajudarem. Agora relaxa e deixa o teu queixo cair. Vês como é agradável?

- Agora volta a mastigar a pastilha elástica. Aperta-a com toda a força e tenta empurrá-la com a língua contra os dentes. Agora relaxa e sente o queixo pendurado.

- Mais uma vez: vais ter de conseguir esmagar a pastilha com os teus dentes! Isso mesmo, com muita força. Está ótimo. Agora relaxa.

- Tenta relaxar todo o teu corpo. Deixa-te sentir molengão e sempre confortável.

[Face e Nariz]

- Vem aí uma mosca chata. Pousou no teu nariz, sentes? Tenta enxotá-la, mas sem usar as tuas mãos. Enruga e mexe bem o nariz. Boa, conseguiste afastá-la. Agora podes relaxar o teu nariz.

- Ups, vem aí novamente a mosca. Pousou mesmo no meio do teu nariz. Enruga-o outra vez, o mais que puderes. Assim mesmo, já se foi embora. Podes relaxar a tua cara. Repara que quando enrugas o teu nariz, a tua boca, os teus olhos, e a tua testa também ajuda. Portanto, quando relaxas o teu nariz a tua cara relaxa-se toda.

- Lá vem a mosca outra vez! Agora pousou na tua testa. Faz muitas rugas para tentar assustá-la!

- Já fugiu, podes relaxar. Deixa a tua cara ficar suave, sem rugas. Repara como é uma sensação agradável.

[Estômago]

- Imagina agora que estás deitado na relva. Imagina que vem aí um elefante bebé. Ele vem distraído e está quase a por uma pata no teu estômago. Não te mexas! Prepara-te, põe o estômago muito duro. Para isso contrai os músculos da barriga com muita força. Aguenta assim um pouco até ele passar.

- O elefante foi-se embora, já podes relaxar.

- Cuidado que ele está a voltar. Lá vem ele, prepara-te! Contrainos o estômago com toda a tua força, se ele pousar a pata no estômago duro não te magoará. Quando fazes força o teu estômago transforma-se numa rocha e nada te pode magoar. Pronto, o elefante já se passou, podes voltar à tua posição relaxada. É agradável, não é?

- Oh não, aí vem ele outra vez! Deve andar perdido! Rápido, prepara-te novamente! Faz força no estômago até parece uma rocha. Aguenta, aguenta... isso mesmo.

- Agora sim, relaxa à vontade, ele já foi e não vai voltar.

### [Mãos e Braços]

- Agora vais imaginar que tens uma laranja na tua mão direita. Quero que a apertes com muita força, como se lhe quisesse tirar o sumo todo. Sente a força que a tua mão e o teu braço estão a fazer quando espremes a laranja.

- Agora deixa cair a laranja. Repara como estão os músculos da tua mão e do teu braço quando não fazes força.

- Agora imagina que tens uma laranja em cada mão e que estás a espremer as duas. Tenta espremer com toda a tua força, para tirar todo o sumo. Isso mesmo! Que força que tens!

- Deixa cair as laranjas, e sente como os teus braços e mãos estão bem relaxados.

- Vamos repetir. Imagina que tens mais laranjas, uma em cada mão e estás a espremer com toda a força que tens. Assim está bem. Sente como os teus braços estão duros quando fazes força.

- Agora podes deixar cair as laranjas. Sente os teus braços e mãos relaxados.

### [Braços e Ombros]

- Imagina que tu és um gato muito preguiçoso e estás com vontade de te espreguiçar. Vais levantar os braços e esticá-los para a frente. Agora levanta-os acima da cabeça e estica-os o mais que consigas.

- Dobra-te para trás e sente a força que os teus ombros estão a fazer. Estica-te mais... deixa os teus braços caírem para os lados. Assim mesmo, muito bem.

- És um gato mesmo muito preguiçoso e com muito sono. Vais espreguiçar-te outra vez. Levanta os braços e estica-os para a frente. Agora levanta-os acima da cabeça e estica-te o máximo que consigas. Dobra-te para trás, com mais força, e sente a força que os teus braços estão a fazer.

- Agora espreguiça-te muito, como se estivesses a acordar de uma longa sesta ao sol. Levanta os braços, faz muita força e estica-os para a frente. Levanta-os acima da cabeça, o mais alto que puderes. Sente a força nos teus músculos.

- Deixa-os cair devagar e sente como é bom estar relaxado e sentir-se molengão e preguiçoso.

[Pescoço e Ombros]

- Imagina agora que és uma tartaruga. Estás deitada na areia da praia a apanhar sol. Sentes-te muito bem, o sol está quente e sentes o calor na tua pele.
- Mas agora vem aí uma onda, vais ter de meter a cabeça dentro da carapaça, para não te molhares. Tenta levantar os ombros e meter a cabeça para dentro. Não é fácil ser tartaruga, é necessário fazer muita força para ficar dentro da carapaça.
- A onda já foi para baixo, podes voltar a pôr a cabeça de fora e a apanhar sol.
- Mas vem aí outra onda! Mete a cabeça para dentro, rápido! Levanta os ombros e mete a cabeça para dentro. Pronto, já passou.
- Pronto para outra onda? Vem aí, volta a meter a cabeça para dentro da carapaça para não tem molhares.
- Já passou. Podes sair e relaxar ao sol. Sentes-te confortável. É agradável, não é?

Continua a sentir-te molengão e relaxado. Deixa o teu corpo tornar-se cada vez mais mole durante algum tempo. Sempre de olhos fechados.

Daqui a nada já vais poder abrir os olhos...

Agora, devagar, podes começar a espreguiçar-te! Estica o teu corpo todo. Pernas... tronco... braços... ombros... pescoço... e cabeça... Estás a acordar... Podes abrir os olhos!”

No final do exercício, é dado algum tempo aos participantes para, um a um, explicarem como se sentiram, o que mais gostaram, o que gostaram menos e como se sentem depois do exercício. Este tempo também poderá ser aproveitado para escalarecer alguma dúvida, caso exista.

3.2. Para a **Respiração Abdominal** será necessário que as crianças se encontrem deitadas de costas no chão, em cima de uma superfície preparada para o efeito. [Sugestão: Tapete de Ioga ou Colchões, no caso de Centros de Saúde com salas equipadas para programas de preparação para o parto, por exemplo.]

Serão, então dadas instruções, que poderão seguir a forma do exemplo que se segue:

“Estão todos deitados de costas no chão? Podemos começar?”

- Imagina que estás deitado na praia, estás a ouvir o mar...Consegues ouvi-lo a arrastar-se na areia? Para trás e para a frente... Para trás e para a frente...

- Agora quero que ponhas uma mão em cima do peito e outra mão na barriga, mas continua a ouvir as ondas... para trás... para a frente...

- Vamos tentar imitar o movimento do mar com o nosso corpo: quero que sempre que o mar vier para a frente inspires pelo nariz e quando voltar para trás, vais ajudá-lo a ir para longe com a força do teu sopro. Sempre que o mar vier para perto de ti inspiras pelo nariz, sempre que o mar for para longe expiras pela boca... vamos lá tentar...

- Para a frente...inspira... Para trás...expira...

- Consegues ver que o teu corpo está a imitar o movimento das ondas? Quando o mar está perto de ti o teu peito sobe, quando o mar, está longe a tua barriga sobe... contínua, estás a fazer um bom trabalho!

- Agora quero que imagines que o mar está em câmara lenta, as ondas demoram 4 segundos a chegar e 4 segundos a voltar... inspira..2...3...4... a água tocou nos pés? Expira! 2...3...4...

- Quero que vão contando na vossa cabeça. 1...2...3...4... Sobe agora a barriga!..2...3..4...

- Boa! Estás a conseguir! Continua!

- Quero que continuem a imaginar por mais uns minutinhos!

Agora vamos parar. Abram os olhos devagarinho... Agora vamos sentar com calma, devagarinho...”

Novamente pedir o *feedback* do exercício e recomendar que, para trabalho de casa, cada participante deverá escolher um membro da família para transmitir o que aprendeu nesta última tarefa e que pratique, com o mesmo, o exercício durante 5 minutos, uma vez por dia, até à próxima sessão.

[Tempo previsto: 40 minutos]

4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## 7ª Sessão

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Feedback do trabalho de casa da sessão anterior;
4. Pensamento, sentimentos e acções”;
5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]  
[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Exercício de relaxamento – A partir desta sessão existirá sempre um espaço para praticar os exercícios de relaxamento aprendidos na sessão anterior. Uma vez que, por motivos de tempo disponível por sessão, não é possível praticar os dois tipos de exercício, estes irão ser aplicados alternadamente.

Nesta sessão irá ser aplicado o exercício de Relaxamento Muscular Progressivo.  
[Remeter para Sessão 6, ponto 3.1]

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. *Feedback* do trabalho de casa, da sessão anterior – Será importante monitorizar qual dos participantes realizou, ou não, a tarefa atribuída como trabalho de casa e se surgiram dúvidas que possam ser esclarecidas no momento.

[Tempo previsto: 5 minutos]

4. Esta actividade permite, à criança, compreender a ligação entre pensamento-sentimento-comportamento.

4.1 Pedir a cada elemento do grupo para escrever uma situação em que se lembre de se ter sentido ansioso, não só descrevendo a situação mas também o pensamento que a

acompanhou/originou. Pedir para guardar a folha, uma vez que mais tarde recuperarão a tarefa.

4.2. Utilizar e acompanhar o preenchimento das fichas das páginas 22 à 26 do “Caderno do Gato Habilidoso”, dos autores Philip Kendall e Kristina Hedtke (2011).

[As fichas encontram-se incluídas nos anexos deste trabalho]

4.3. Pedir aos participantes para voltarem à folha que trabalharam no ponto 4.1. Pedir a cada elemento que reflecta novamente sobre o pensamento que originou o sentimento e a acção descritas e que sugira, escrevendo, um pensamento alternativo que pudesse ter originado um sentimento e conseqüentemente uma acção diferentes.

No final da reflexão, pedir a todos que leiam o seu trabalho em voz alta para os restantes elementos do grupo.

[Tempo previsto: 30 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

Aproveitar este momento para relembrar o grupo de continuar a praticar os exercícios de Respiração Abdominal 5 minutos por dia, até à próxima sessão.

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **8ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Rever o que foi aprendido na última sessão;
4. “Armadilhas do pensamento”
5. “Pensamento Detective”;
6. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Exercício de relaxamento – Para esta sessão irá ser realizado um exercício de Respiração Abdominal. [Remeter para Sessão 6, ponto 3.2]

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. Será útil discutir o que fora realizado na sessão passada de forma a consolidar a aprendizagem feita relativa à relação entre pensamento-sentimento-acção. Esta tarefa também servirá de ligação às actividades a realizar na presente sessão.

[Tempo previsto: 5 minutos]

4. “Armadilhas do pensamento” será uma actividade que permitirá à criança compreender e identificar vários tipos de crenças disfuncionais, incluindo as próprias, que poderão estar na origem do pensamento que desencadeia o sentimento de ansiedade e o comportamento consequente ao sentimento.

Esta actividade é baseada no conceito de Kendall e Hedtke (2011) ao apresentar múltiplas personagens que representam estas crenças, de forma a facilitar a compreensão das crianças.

Se existir mais do que um coordenador por grupo, poderá ser interessante personificar cada uma destas personagens, criando um pequeno teatro, de forma a criar uma actividade lúdica e mais apelativa. [Sugestão: Poderão ser utilizados alguns acessórios para caracterizar cada personagem]

Exemplo:

Narrador: “Este é o **Cavalo com Palas!** Ele só consegue ver o lado negativo das situações, as palas escondem sempre o lado positivo.”

Cavalo com Palas: “É tão triste... acabei de ganhar uma corrida mas corri tanto que me doem as patas!”

Narrador: “Agora vem aí o **DJ do Disco Riscado!** Este rapaz acha sempre que tudo na vida são como os discos dele, tocam sempre a mesma coisa... Ele pensa sempre que como alguma coisa aconteceu uma vez, vai acontecer assim para sempre!”

DJ do Disco Riscado: “Olá Malta! Eu até vos cumprimentava mas houve uma vez que ia dar um beijinho à minha avó e tropecei! Nunca mais dei beijinhos a ninguém, não vá cair de novo!”

Narrador: “Bem... vamos lá conhecer agora o **Sr. Pessimista!** Então Sr. Pessimista, como vai a tua vida?”

Sr. Pessimista: “Não anda lá muito bem... e amanhã de certeza que vai ser bem pior!”

Narrador: “Então porquê?”

Sr. Pessimista: “Oh! Amanhã vou participar num concurso para ver quem tem o maior bigode, mas já sei que vou perder!”

Narrador: “Talvez seja melhor chamarmos o **Bicho-de-Conta!** Bicho-de-Conta? Lá está ele! Ele escolhe sempre ficar num cantinho, enroladinho e afastado das pessoas! Fica sempre nervoso e nunca experimenta nada primeiro!”

Bicho-de-Conta: (Enrolado, afastado do narrador)

Narrador: “É melhor passarmos à frente... Agora vem aí...”

Leitor de Mentas: “Não precisas de dizer mais nada! Eu já sei o que vais dizer! Vais dizer que vem aí o rapaz mais giro do bairro, não é?”

Narrador: “Uuummm... não era bem isso que eu ia dizer...”

Leitor de Mentas: “Não digas mais! Eu já sei o que tu estás a pensar! Tu estás a pensar que este penteado me fica mal, não é?”

Narrador: “Por acaso não era bem isso... eu ia apresentar-te e dizer que vinha aí o **Leitor de Mentas!**”

Leitor de Mentas: “Isso é o que tu achas que estavas a pensar, mas eu é que sei o que é que tu estavas a pensar! Está ali um senhor que está a pensar que precisa de mim... até logo!”

Narrador: “Até logo Leitor de Mentas. Bem, agora vem aí o **Ditador Perfeito**, tenham cuidado!”

Ditador Perfeito: “Endireite as costas Sr.<sup>a</sup>! Isso é maneira de apresentar alguém?”

Narrador: “Desculpe.”

Ditador Perfeito: “Eu cá devo ser sempre prefeito! Sempre! Ouviram?! Nunca devo cometer erros! Tenho sempre a minha roupa engomada e nunca posso andar marreco como tu!”

Narrador: “Também não é preciso ofender!”

Ditador Perfeito: “Isso é o que todas as pessoas que não são perfeitas dizem! Adeus!”

Narrador: “Adeus! Adeus! Ufa!”

Deverá haver algum espaço para discussão sobre as personagens no final da apresentação.

[Tempo Previsto: 20 minutos]

5. O “Pensamento Detective” é uma actividade que tem como objectivo transmitir algumas ferramentas importantes, as auto-verbalizações de confronto que permitem à criança, como a palavra indica, confrontar as crenças disfuncionais, identificadas na tarefa anterior.

Assim, foi criada a personagem “Detective” que irá ajudá-las, facilmente, a partir de cinco perguntas:

- Tenho a certeza do que vai acontecer?
- Que outras coisas poderão acontecer?
- O que aconteceu antes?
- Isto já aconteceu a alguém que eu conheça?
- Quantas vezes já aconteceu?

Será, então, pedido que todos os participantes anotem as cinco perguntas e que, para trabalho de casa, desenhem uma tira de banda-desenhada que ilustre uma situação ansiogénica, onde irá intervir a personagem Detective, aplicando as perguntas aprendidas, para a resolução da situação.

[Tempo previsto: 10 minutos]

6. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## 9ª Sessão

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Rever o que foi aprendido na última sessão com a ajuda do trabalho de casa
4. Resolução de problemas – passos;
5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]  
[Tempo previsto: 15 minutos]
2. Exercício de relaxamento – Para esta sessão irá ser realizado um exercício de Relaxamento Muscular Progressivo. [Remeter para Sessão 6, ponto 3.1]  
[Tempo previsto: 5 minutos]
3. Será útil discutir o que fora realizado na sessão passada, utilizando os exercícios atribuídos como trabalho de casa, de forma a consolidar a aprendizagem feita relativa a crenças disfuncionais e respectivas auto-verbalizações de confronto. É sugerido que as tiras de banda-desenhada sejam partilhadas e discutidas com o grupo, de forma a corrigir ou apresentar novas sugestões, se necessário.  
[Tempo previsto: 20 minutos]
4. “Resolução de problemas” é uma actividade em que será apresentado ao grupo a personagem “Cão-Cusco”. O “Cão-Cusco” é uma personagem que irá surgir sempre que houver um problema! Esta personagem irá apresentar 4 simples passos.
  - 1º Passo – Definir o Problema
  - 2º Passo – Explorar potenciais soluções alternativas (O que mais poderá ser feito?)

- 3º Passo – Avaliar cada uma das soluções alternativas (São concretizáveis? Alguma solução é insensata ou impraticável?)
- 4º Passo – Seleccionar a alternativa preferida (Qual poderá ser a melhor coisa a fazer? Qual a solução preferida?)

[Esta actividade simples para a resolução de problemas, em crianças, foi adaptada a partir do original de Kendall e Hedtke (2011)]

É sugerido que seja ilustrado com um exemplo, no final da apresentação dos passos, para facilitar a compreensão.

Exemplo:

Situação – “Estou a voltar para casa, depois de sair da escola e apanho o mesmo autocarro que utilizo todos os dias. Vou distraído a pensar nas brincadeiras do recreio e passo a minha paragem e só me apercebo uma paragem à frente! E agora o que faço?”

1º Passo – “Passei a minha paragem do autocarro. Encontro-me uma paragem mais à frente.”

2º Passo – “As opções alternativas que me lembro são:

- Saio do autocarro e vou a pé para a paragem anterior
- Continuo até ao fim do percurso e apanho o mesmo autocarro para voltar
- Saio já e apanho outro autocarro para voltar
- Saio e ligo para a minha mãe me vir buscar”

3º Passo – “Se sair já e voltar a pé, serão só 50 metros da minha paragem, não é muito longe. Se continuar até ao fim do percurso ainda terei de esperar 1 hora para chegar ao fim e uma hora para regressar para trás. Posso sair já e apanhar outro autocarro para regressar mas terei de esperar. Se ligar à minha mãe ela terá de sair do trabalho e conduzir 20 minutos até chegar ao sítio onde estou.”

4º Passo – “Parece-me que a primeira alternativa será a melhor.”

Será pedido aos participantes para anotarem os 4 simples passos e que, para trabalho de casa, descrevam uma situação onde se tenham deparado com um problema, durante a semana, e a sua resolução através dos passos aprendidos.

[Tempo Previsto: 15 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto]

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **10ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Rever o que foi aprendido na última sessão com a ajuda do trabalho de casa;
4. Auto-avaliação e reforço: termómetro dos sentimentos e lista de recompensas;
5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Exercício de relaxamento – Para esta sessão irá ser realizado um exercício de Respiração Abdominal. [Remeter para Sessão 6, ponto 3.2]

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. Será útil discutir o que fora realizado na sessão passada, utilizando os exercícios atribuídos como trabalho de casa, de forma a consolidar a aprendizagem feita relativa aos passos para a resolução de problemas. É sugerido que as redacções sejam partilhadas e discutidas com o grupo, de forma a corrigir ou apresentar novas sugestões, se necessário.

[Tempo previsto: 20 minutos]

4. Estes exercícios serão úteis para reforçar não só a boa prática das ferramentas aprendidas, até à data, nas sessões mas também reflectir sobre o seu efeito e adaptá-los à individualidade de cada um. Para isso é sugerido a Auto-avaliação e o Reforço Positivo.

4.1. A Auto-avaliação será feita através da aplicação do “Termómetro dos Sentimentos”, uma ficha que se encontra nos anexos deste trabalho, da autoria de Kendal e Hedtke (2011).

Será necessário distribuir uma ficha a cada elemento do grupo, pedir que o círculo e seta sejam recortadas da mesma, depois de colada numa cartolina. Em seguida, com a ajuda da tesoura, deverá ser feito um pequeno furo no centro do círculo (marcado com um “X”), e o mesmo na seta recortada.

Os furos deverão ser sobrepostos, sendo que a seta ficará posicionada por cima do círculo e estes deverão ser unidos por um atache.

Este instrumento servirá para auxiliar a criança a expressar o que sente e, desta forma, facilitar o momento de auto-avaliação com o objectivo final de adaptar e definir estratégias de forma personalizada para obter maior eficácia na gestão da ansiedade sentida.

4.2. Em 2003, Burden (cit in Sigler & Aamidor, 2005) define o reforço positivo como o acto de identificar e encorajar um comportamento, com o objectivo que este venha a aumentar a sua frequência. Já Westen (1999, cit in Sigler & Aamidor, 2005) define que este “estímulo agradável” poderá traduzir-se em qualquer coisa “boa”, podendo incluir uma grande multiplicidade de respostas. Sendo importante o reforço positivo depois do esforço para a obtenção de bons resultados, é necessário prever uma lista de “recompensas negociadas” de forma a motivar a criança para a continuação de um bom trabalho. Esta actividade pretende ser um espaço para explicar a importância do reconhecimento do esforço aliado ao privilégio de uma pequena recompensa.

Será pedido a todos os participantes que façam uma lista de 6 sugestões de recompensas que considerem justas pelo esforço e empenho prestados.

Poderão ser dados alguns exemplos como:

- Jogar um jogo de tabuleiro com os pais
- Ficar acordado mais 15 minutos do que a hora habitual
- Pedir ao pai/mãe que leia uma história ao deitar
- Escolher o seu lanche preferido

O critério passará por negociar uma resposta aceitável e plausível para cada díade, pais-criança. Fará parte do trabalho de casa, apresentar as suas sugestões à família e encontrar as que mais serão indicadas para cada caso.

[Tempo previsto: 15 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto] Recordar que deverão continuar a praticar os exercícios de Respiração abdominal, 5 minutos por dia até à próxima sessão.

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **11ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Criar um “anúncio de televisão”, em grupo, com o resumo do que foi aprendido ao longo das sessões, para apresentação final aos EE;
4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]

[Tempo previsto: 15 minutos]

2. Exercício de relaxamento – Para esta sessão irá ser realizado um exercício de Relaxamento Muscular Progressivo. [Remeter para Sessão 6, ponto 3.1]

[Tempo previsto: 5 minutos]

3. Esta actividade terá como objectivo uma reflexão e recapitulação de todos os conteúdos transmitidos ao longo das sessões para todos os participantes ao mesmo tempo que uma apresentação dos mesmos a todos os Encarregados de Educação que participaram no projecto, de forma a partilhar os conteúdos e criar a envolvência necessária da família para amplificar as probabilidades de maior sucesso do programa.

Para esta actividade, o grupo será dividido em 5 conjuntos de pares e a cada uma destas equipas será atribuído um dos seguintes conteúdos:

- Apresentação dos vários sentimentos e manifestações somáticas da ansiedade
- Exercícios de relaxamento: Respiração Abdominal e Relaxamento Muscular Progressivo
- Relação entre Pensamento-Sentimento-Acção
- “Armadilhas do Pensamento” e “Pensamento Detective”
- Resolução de problemas e Auto-avaliação

Depois de decidido o tema definido para cada grupo, será pedido a estes que de uma forma original, resumam o que aprenderam em cada uma das sessões criando uma apresentação curta em formato de anúncio de televisão. Cada apresentação não deverá exceder os 10 minutos. Poderão ser utilizados todo o tipo de material, de forma a tornar a apresentação o mais criativa possível.

A função do coordenador do grupo será auxiliar a construção da apresentação, quer na organização, quer na revisão dos conteúdos a explorar.

[Tempo previsto: 35 minutos]

4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto] Recomendar a continuação da prática de exercícios de relaxamento 5 minutos por dia até à próxima sessão.

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

## **12ª Sessão**

### Plano da Sessão:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde”;
2. Exercício de relaxamento;
3. Ensaio dos vários anúncios de televisão;
4. Preenchimento da folha de presenças/comportamento.

### Guião:

1. Apresentação e discussão de um episódio da série de desenhos animados “Coragem, o Cão Covarde” [Remeter para Sessão 3, 1º ponto]  
[Tempo previsto: 15 minutos]
2. Exercício de relaxamento – Para esta sessão irá ser realizado um exercício de Respiração Abdominal. [Remeter para Sessão 6, ponto 3.2]  
[Tempo previsto: 5 minutos]
3. Este espaço será dedicado ao ensaio da apresentação dos “anúncios de televisão” criados na sessão anterior [Sessão 11, ponto 3], para exposição na sessão seguinte. Fará parte das responsabilidades do coordenador, organizar e auxiliar os grupos relativamente à informação dos conteúdos a explorar.  
[Tempo previsto: 35 minutos]

5. Preenchimento da folha de presenças/comportamento. [Remeter para Sessão 3, 5º ponto] Recomendar que, para trabalho de casa, seja ensaiado o respectivo papel na apresentação final.

[Tempo previsto: 5 minutos]

Tempo total da sessão: 60 minutos

### **13ª Sessão**

#### Plano da Sessão:

1. Apresentação do “Anuncio de televisão” aos EE;
2. Entrega de diplomas de participação;
3. Lanche de convívio.

#### Guião:

1. Esta actividade contará com a participação dos Encarregados de Educação convidados, sendo que terá como objectivo a apresentação dos conteúdos aprendidos e ensaiados ao longo das últimas sessões. Terá, como já foi referido, a finalidade principal de partilhar informação e envolver as famílias no processo.

[Tempo previsto: 45 minutos]

2. Será feita a cerimónia de entrega de diplomas de participação onde irão ser chamados, um a um, os participantes e respectivos Encarregados de Educação. O exemplo do diploma de participação, também se encontra nos anexos deste estudo.

[Tempo previsto: 15 minutos]

3. Para simbolizar o fim do programa de intervenção, será realizado um pequeno lanche de convívio entre todos os participantes, coordenadores de grupo e Encarregados de Educação, permitindo a troca de experiências.

[Tempo previsto: Livre]

Tempo Total da Sessão: 60 minutos

## 14ª Sessão

### Plano da Sessão:

1. Avaliação final
2. Pedido de Feedback em relação ao comportamento e manifestações de ansiedade, da criança, ao longo do período de intervenção (EE + criança-participante).

### Guião:

1. Esta actividade pretende recolher os dados para o segundo momento de avaliação, de forma a monitorizar o impacto da intervenção.

Instrumento de avaliação para **aplicação à criança**: *Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Auto-Avaliação, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para Crianças (EADS-C)*.

A aplicação dos instrumentos é feita em simultâneo à criança e ao Encarregado de Educação, cada um com auxílio de um experimentador.

[Tempo previsto: 45 minutos]

2. Este espaço irá privilegiar a recolha de informações adicionais (extra-instrumentos de avaliação), que possam ser consideradas importantes, a partir do *feedback* dado pelos pais dos participantes.

[Tempo previsto: 15 minutos]

Tempo Total da Sessão: 60 minutos

## Anexo B – Notas e Resumos do Desenvolvimento das Sessões do Programa

### **Lista de Elementos Participantes no Grupo Experimental:**

- A – Sexo Masculino – 9 anos.
- B – Sexo Masculino – 9 anos.
- C – Sexo Masculino – 9 anos.
- D – Sexo Masculino – 9 anos.
- E – Sexo Masculino – 10 anos.
- F – Sexo Masculino – 10 anos.
- G – Sexo Feminino – 9 anos.
- H – Sexo Feminino – 10 anos.
- I – Sexo Feminino – 10 anos.
- J – Sexo Feminino – 11 anos.

### **1ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

#### Resumo/Notas:

A primeira sessão, como já referido, decorreu individualmente com cada elemento do grupo e respectivo Encarregado de Educação. Estiveram presentes os dois coordenadores do grupo, sendo que uma coordenadora esteve responsável pela avaliação, através dos instrumentos descritos anteriormente, da criança e a segunda coordenadora foi responsável pela aplicação dos instrumentos de avaliação ao Encarregado de Educação.

Num primeiro momento foi recapitulado os objectivos do estudo, assim como os conteúdos programáticos. Foi também descrita a duração, frequência e calendarização das sessões, sendo que, no final, todos os Encarregados de Educação manifestaram estar satisfeitos com os esclarecimentos, não apresentando mais dúvidas.

Duas das 23 crianças consideradas inicialmente, foram excluídas do processo uma vez que os respectivos Encarregados de Educação manifestaram falta de disponibilidade para comparecer semanalmente às sessões programadas.

As restantes 21 crianças e respectivos EE foram submetidos ao processo de avaliação e entrevista. A avaliação foi concluída no tempo estimado para o efeito, em todos os casos.

Foi apresentada a Carta de Consentimento Informado e assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos ao longo de todo o estudo. Todos os Encarregados de Educação concordaram com as premissas apresentadas, sendo que o Encarregado de Educação de B, solicitou, apenas, incluir no conjunto de condições, que fosse entregue uma cópia do estudo final, uma vez que concluído.

No final da sessão foi feita a apreciação dos dados recolhidos e foi concluído que apenas 8 crianças encaixariam no perfil indicado para ingressar o projecto.

Durante o período de avaliações foram propostas mais duas crianças, que estariam diagnosticadas inicialmente pelo médico de família e referenciadas para a consulta de psicologia do Centro de Saúde. Ambas as crianças passaram pelo mesmo processo descrito, e ingressaram na lista de participantes, perfazendo 10 elementos no *Grupo Experimental*.

Esta fase decorreu durante um período de duas semanas.

## **2ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

A primeira actividade, destinada às apresentações decorreu de uma forma fluída, sendo que não foi observada nenhuma dificuldade na compreensão e execução da actividade. Foi curioso notar que, pelo facto de ter sido dada liberdade na escolha de pares, dois dos cinco pares formados já teriam tido interacção fora do contexto das actividades do grupo, uma vez que pertenceriam à mesma escola.

Foi feita uma repetição dos objectivos do grupo e foram esclarecidas algumas expectativas. Nesta actividade também foi possível perceber que todas as crianças já teriam procurado esclarecer algumas dúvidas, previamente, com os seus EE, sendo que não foi necessário utilizar todo o tempo previsto para esta actividade, o que mostrou interesse e curiosidade da parte dos participantes.

Na tarefa destinada a estabelecer as regras de funcionamento do grupo, C, D e J mostraram-se os mais participativos. Não foi encontrada nenhuma dificuldade na execução da prova, uma vez que muitas das crianças chegaram a relatar ter realizado tarefas semelhantes em contexto escolar. Não foi necessário a intervenção dos coordenadores para sugerir alguns exemplos.

A tarefa relacionada com o contracto de participação foi bastante apreciada pela maioria dos participantes que manifestaram sentir o “peso da responsabilidade” na adesão ao que estaria descrito no mesmo. Existiram algumas frases e associações curiosas como “Eu nunca tinha assinado um contracto, a minha mãe é que assina as coisas lá em casa.” (C, 9 anos); “O meu pai também assina muitos contractos no escritório, ele faz assim (assina). Ele nem precisa de olhar!” (J, 11 anos); “Isto é como o que fazem nos cheques, não é?” (H, 10 anos); “Isto é uma coisa importante? É melhor meter o nome todo.” (também por H).

A última tarefa, a construção da folha de presenças e de comportamento também não causou nenhuma dificuldade, apesar de ter sido necessário estender o tempo previsto uma vez que foi necessário esclarecer algumas dúvidas, entre elas foi discutida a premissa que elaborava que os restantes elementos do grupo teriam também a responsabilidade de avaliar o comportamento dos colegas, uma vez que os participantes colocavam a hipótese de estas avaliações puderem ser injustas podendo alguns elementos querer beneficiar uns participantes mais que outros. Desta forma, foi acordado incluir no contracto de participação um terceiro ponto que incluía a responsabilidade “devo ser verdadeiro e justo em todas as actividades”.

### **3ª Sessão**

Presenças: Faltou A.

Resumo/Notas:

A primeira actividade foi bem recebida pelo grupo, apesar de ter sido notada uma maior manifestação de agrado por parte dos participantes do sexo masculino. Nenhum participante mostrou conhecer previamente a série exibida. Todos os elementos do grupo conseguiram compreender o argumento do episódio e a moral da história mas

apresentaram alguma dificuldade em relacionar com os objectivos do programa de intervenção, pelo que foi necessário mais tempo para auxiliar na associação entre os mesmos e a razão pela qual teria sido escolhida para integrar os conteúdos do programa.

Nas duas actividades que se seguiram, todos os elementos se mostraram participativos e integraram bem as regras das actividades e do grupo.

Em destaque, na segunda actividade, em comparação com os restantes elementos do grupo, existiu uma certa dificuldade de D na identificação de sentimentos.

No momento do preenchimento da folha de presenças e do comportamento, foi necessário estender novamente o tempo estimado, uma vez que a duração da hetero-avaliação foi superior ao que teria sido previsto.

#### **4ª Sessão**

Presenças: Faltou I.

Resumo/Notas:

Após a apresentação do episódio da série “Coragem, o cão Covarde” foi notória uma evolução positiva no momento de discussão, relativamente à última sessão, uma vez que compreendidos os objectivos da integração deste conteúdo, foi facilitada a associação entre o argumento e os objectivos do programa.

A tarefa que exigia a separação das imagens, em grupo, associadas aos sentimentos “calma” e “ansiedade” foi desenvolvida com alguma facilidade e rapidez pelos participantes, sendo que isso se tornou um obstáculo para alguns elementos que não conseguiram ter tempo suficiente para reflectir sobre cada imagem, limitando a actividade a alguns elementos do grupo.

A segunda actividade, onde seria pedido para descrever uma situação ansiogénica e outra em que cada elemento se tivesse sentido calmo, apesar de ter sido completada por todos, não existiram muitas respostas diferentes, uma vez que no primeiro caso, por exemplo, todos os elementos do grupo descreveram um cenário de avaliação em contexto escolar.

Na tarefa seguinte, foi com alguma facilidade que foi compreendido o conceito da “Escala de Ansiedade” e que a associação entre os pontos do “termómetro” e as imagens apresentadas, foi feita.

Aquando pedida para realizar a actividade que envolvia escrever uma nova situação onde tivessem sentido ansiedade, muitas das crianças voltaram a escrever a mesma situação do exercício anterior, o que por um lado acabou por facilitar a discussão que se seguiu, quando todas escolheram pontos diferentes no “termómetro” para definir a intensidade da ansiedade sentida na referida situação. Foi, assim, mais fácil visualizar que, apesar de ser comum a vários elementos a mesma situação ansiogénica, esta é sentida em cada um, com diferentes intensidades.

## **5ª Sessão**

Presenças: Faltou A.

Resumo/Notas:

Uma das actividades centrais desta sessão foi o visionamento dos vários excertos de filmes de animação, com o objectivo maior de compreender que a ansiedade se trata de uma característica natural e global do ser humano. Existiu alguma dificuldade por parte dos participantes em identificar a relação entre os vários excertos uma vez que durante o correr do filme existiu sempre maior entusiasmo na identificação de cada uma das personagens do que na observação da acção que decorria em determinado excerto. Este facto dificultou bastante a discussão que se seguiu.

A tarefa que teria como objectivo a identificação das várias manifestações somáticas decorreu como prevista e consistiu num momento de aprendizagem e reflexão para todos os elementos que se mostraram interessados em participar e, inclusivamente, discutir opiniões entre si. Foi necessária alguma ajuda por parte das coordenadoras, de forma a sugerir um maior número de sintomas que não teriam sido identificados pelas crianças.

## **6ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

Esta sessão teve com actividade central os exercícios de relaxamento. O primeiro exercício experimentado seria o Relaxamento Muscular Progressivo. A e D apresentaram algumas dificuldades de concentração no exercício, o que tornou necessário reforçar alguns dos passos e sentá-los em extremos opostos da sala para conseguir a sua atenção centrada na tarefa. Foi uma actividade que a maioria dos elementos do grupo manifestou ter apreciado. H sugeriu que gostaria de experimentar de novo o exercício sem o acompanhamento de música, uma vez que considerou que a distraiu em alguns momentos.

O exercício seguinte, onde foi aplicada a Respiração Abdominal apresentou algumas disparidades na facilidade de execução do exercício, entre os elementos do grupo. Alguns elementos consideraram o exercício mais simples e intuitivo que o anterior mas outros participantes apresentaram maior dificuldade em coordenar a respiração.

## **7ª Sessão**

Presenças: Faltou A.

### Resumo/Notas:

Na última sessão teria sido sugerida a prática diária do exercício de Respiração Abdominal até à presente sessão, alguns elementos do grupo (I e C) admitiram não ter concretizado o trabalho de casa.

Foi notória a evolução na execução do exercício de Relaxamento Muscular Progressivo, uma vez que o grupo mostrou um maior à vontade e menos ansiedade de antecipação dirigida à tarefa, uma vez que, desta vez, esta já não seria uma incógnita, o que permitiu uma maior concentração na execução da mesma e conseqüentemente uma maior eficácia de resultados.

A actividade que teria como objectivo estabelecer a ligação entre pensamento-sentimento-comportamento decorreu como previsto, tendo cumprido a sua finalidade, apesar de ter sido necessária um prolongamento de 10 minutos, na tarefa que contemplava reflexão referente às alternativas possíveis de pensamento na própria sugestão se situação ansiogénica, tendo sido clara uma maior dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos nos exemplos pessoais. D mostrou, novamente, mais dificuldade na realização da actividade do que os restantes elementos do grupo.

## **8ª Sessão**

Presenças: Faltou A.

### Resumo/Notas:

Foi bastante visível, nesta sessão, a discrepância entre a execução do exercício de Respiração Abdominal dos elementos do grupo que teriam realizado o que estaria acordado para trabalho de casa nas últimas duas semanas e os elementos do grupo que não o teriam feito. Foi possível verificar uma evolução no desenvolvimento do exercício, na maioria dos elementos, que o punham em prática de forma quase automática em contraste com a maior necessidade de apoio na coordenação da respiração, de I e C, que admitiram, novamente, não pôr o mesmo em prática, diariamente.

As tarefas relativas às “Armadilhas do Pensamento” foram muito bem recebidas pelos elementos que manifestaram grande entusiasmo na forma de apresentação das mesmas, que permitiu facilmente a memorização dos conteúdos.

Assistiu-se a uma maior dificuldade de concentração nos conteúdos apresentados posteriormente (“Pensamento Detective”) uma vez que teriam um carácter mais teórico.

## **9ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

Será importante mencionar que esta sessão terá sido adiada uma semana, não prevista, na calendarização das sessões, a pedido da maioria das escolas, devido a actividades relativas ao final do período escolar. Talvez por ter existido um intervalo de três semanas desde a última sessão, foi verificada uma regressão do nível de concentração, que teria vindo a crescer nas últimas sessões, que se apresentou mais disperso na presente sessão.

Apesar do constatado, todas as crianças regressaram com o material que teria ficado estabelecido para trabalho de casa, à excepção de A, que não esteve presente na última sessão. Por este motivo, mostraram-se motivadas para aceitar uma nova tarefa de trabalho de casa, depois do reforço positivo relativamente ao anterior.

A actividade que elaborava o conteúdo relativo aos “Passos para Resolução de Problemas” foi concluída com sucesso, terminando dentro do tempo previsto. Apesar disso, muitas crianças manifestaram interesse em concretizar tarefas de carácter mais lúdico.

## **10ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

Todos os participantes do grupo, à excepção de A, concluíram a tarefa atribuída para trabalho de casa. O que tornou a discussão dos mesmos, mais interactiva e facilitou a revisão dos conteúdos aprendidos na sessão anterior.

H, B e G referem já incluir, no seu dia-a-dia, os exercícios de Respiração Abdominal, não só como rotina antes de dormir mas em situações identificadas como ansiogénicas.

A tarefa ligada à Auto-avaliação foi compreendida de forma simples e prática, o mesmo não se sucedeu com a “Lista de Recompensas”, ligada ao reforço positivo, uma vez que houve alguma dificuldade em escolher recompensas que não envolvessem a entrega de bens materiais.

Alguns dos participantes consideraram improvável que existisse o reconhecimento de bom trabalho, por parte dos seus pais ou Encarregados de Educação, o que se tornou num obstáculo na construção da lista.

## **11ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

Na tarefa central desta sessão, foi pedido que os pares desenvolvessem conteúdos abordados nas sessões, em forma de anúncio de televisão.

No início da actividade foi necessária alguma ajuda na organização do trabalho mas depressa foi compreendido o que era pedido e foram apresentadas várias sugestões criativas. Foi curioso ver uma maior tentativa de gestão, organização e criatividade por parte dos participantes do sexo feminino.

Existiu maior dificuldade na realização da tarefa parte de A, devido ao número de conteúdos que não teve possibilidade de aprender e de I, onde foi preciso investir algum tempo da sessão na motivação para a tarefa.

Lista de pares formados e respectivos conteúdos:

- A + I → Exercícios de Relaxamento
- D + B → Passos para Resolução de Problemas
- E + F → Diversidade de Sentimentos + Manifestações Somáticas da Ansiedade
- G + C → Associação entre Pensamento-Sentimento-Comportamento
- H + J → “Armadilhas do Pensamento” + “Pensamento Detective”

## 12ª Sessão

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

Esta sessão permitiu trabalhar, rever e aperfeiçoar as apresentações em forma de “anúncio de televisão” criadas por cada par de participantes, assim como ensaiar a ordem e ligação entre apresentações.

- Em primeiro lugar E e F irão apresentar “Um milhão de Sentimentos”, que tem como objectivo, a partir de desenhos feitos pelos mesmos, mostrar a grande diversidade de sentimentos existentes. Na segunda parte da apresentação do par, irão constar as várias manifestações somáticas da ansiedade que irão ser em primeiro lugar enunciadas e, de seguida, irão ser coladas por E directamente no corpo de F.
- A segunda apresentação ficará a cargo de A e I que irão proporcionar à plateia uma exemplificação e explicação dos exercícios de relaxamento aprendidos. A ficará a cargo de recitar as instruções para o Relaxamento Muscular Progressivo e I ficará a cargo de explicar as instruções relativas à Respiração Abdominal.
- A apresentação em terceiro lugar pertence a G e C que têm como objectivo explicar a ligação entre Pensamento-Sentimento-Comportamento. Para isso criaram uma pequena apresentação com fantoches de papel que irão dar alguns exemplos de situações que ilustrem esta relação.
- A penúltima apresentação irá ser feita por H e J que têm como objectivo explicar as “Armadilhas do Pensamento”. As meninas escolheram recriar a peça de teatro elaborada nas sessões do programa, aproveitando as mesmas personagens mas criando diálogos da sua própria autoria e formatando para a plataforma de um anúncio televisivo.

- Por fim, a apresentação de fecho será realizada por D e B que escolhem criar a forma de um anúncio feito com personagens que retratam os apresentadores de televisão “Manuel Luís Goucha” e “Cristina Ferreira”, explicando os quatro passos para a resolução de problemas e exemplificando, ilustrando com um exemplo que poderia constar no dia-a-dia das personagens escolhidas.

### **13ª Sessão**

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

Resumo/Notas:

Todos os Encarregados de Educação estiveram presentes na apresentação final do projecto, sendo que, em alguns casos, estiveram presentes mais membros da família das crianças, o que foi bastante positivo para as mesmas que manifestaram satisfação por apresentar o resultado final desta jornada.

Todas as crianças mostraram que se prepararam, com a ajuda da família, para as suas apresentações individuais.

Devido às manifestações de ansiedade antes da apresentação, foi realizado um exercício de relaxamento, que não teria sido previsto, antes das mesmas, alargando o tempo previsto inicialmente para a sessão.

Todos os participantes e respectivos Encarregados de Educação receberam o Diploma de Participação e mostraram-se satisfeitos por ter integrado o programa.

No final da sessão foi realizado um pequeno lanche de convívio entre os pais, crianças e coordenadores do grupo que teve como finalidade a troca de experiências.

## 14ª Sessão

Presenças: Todos os participantes estiveram presentes.

### Resumo/Notas:

A última sessão, como já referido, decorreu individualmente com cada elemento do grupo e respectivo Encarregado de Educação. Estiveram presentes os dois coordenadores do grupo, sendo que uma coordenadora esteve responsável pela avaliação, através dos instrumentos descritos anteriormente, da criança e a segunda coordenadora foi responsável pela aplicação dos instrumentos de avaliação ao Encarregado de Educação.

Num segundo momento foi pedido o *feedback* dos Encarregados de Educação, assim como o da criança. Todos avaliaram a participação no projecto de forma positiva e, em alguns casos, foi referido que teriam sentido diferença nos comportamentos e atitudes da criança em contextos específicos como na sala de aula ou em casa, com a família, apesar de nenhum manifestar ter sentido diferença no contexto da interacção com outras crianças no recreio, a partir do que teria sido reportado pelos respectivos professores.

Anexo C – Instrumentos utilizados na Avaliação

Anexo C1. Questionário Sociodemográfico

## Questionário Sociodemográfico

Número do Participante: \_\_\_\_\_ (a preencher pelo psicólogo)

1. Sexo:             Feminino             Masculino  
(assinale com uma cruz)

2. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Etnia: \_\_\_\_\_

5. Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_

6. Já alguma vez reprovou?     Sim             Não  
(assinale com uma cruz)

6.1. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

7. Escola que Frequenta: \_\_\_\_\_

8. Localidade de Residência: \_\_\_\_\_

9. Agregado Familiar da Criança:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. A criança tem irmãos?     Sim             Não  
(assinale com uma cruz)

10.1. Se sim, indique as idades: \_\_\_\_\_

11. Alguma vez teve apoio psicológico? Sim Não

(assinale com uma cruz)

11.1. Se sim, inique em que situação:

-

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo C2. Notação Social da Família – *Graffar* Adaptado

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

Grau Grp.	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTOS FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA
1	Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo).	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc (ex: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3	Ajudantes técnicos, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.	Ensino médio ou técnico inferior (7 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívís ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros-viajantes).	Casas ou andares modestos, bem contruídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
4	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc).	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários).	Categoria intermédia entre 3 e 5.	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.
5	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc)	Ensino incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos)	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	Bairros de lata

Pontuação		Posição social
c/5 itens	c/ 3 itens	Pontuações
5 - 9	4 - 7	3
10 - 13	8 - 10	4 - 6
14 - 17	11 - 13	7 - 9
18 - 21	14 - 16	10 - 12
22 - 25	17 - 20	13 - 15
		5 a 9 pontos
		10 a 13 pontos
		14 a 17 pontos
		18 a 21 pontos
		22 a 25 pontos
		Classe I - Classe Social Alta
		Classe II - Classe Social Média Alta
		Classe III - Classe Social Média
		Classe IV - Classe Social Média Baixa
		Classe V - Classe Social Baixa

Anexo C3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (Versão Auto-avaliação)

### Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – Versão de Auto-Avaliação

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<b><u>Escala de Sintomas Emocionais</u></b>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tenho muitas dores de cabeça ...	0	1	2
Preocupo-me muito	0	1	2
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	0	1	2
Fico nervoso/a em situações novas	0	1	2
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	0	1	2

<b><u>Escala de Problemas de Comportamento</u></b>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	0	1	2
Normalmente faço o que me mandam	2	1	0
Ando sempre à pancada	0	1	2
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	0	1	2
Tiro coisas que não são minhas	0	1	2

<b><u>Escala de Hiperactividade</u></b>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Sou inquieto/a, não consigo ficar quieto/a ...	0	1	2
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ...	0	1	2
Estou sempre distraído/a	0	1	2
Penso nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acabo o que começo	2	1	0

<b><u>Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas</u></b>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Estou quase sempre sozinho/a ...	0	1	2
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Os meus colegas geralmente gostam de mim	2	1	0
As outras crianças ou jovens metem-se comigo ...	0	1	2
Dou-me melhor com adultos ...	0	1	2

<b><u>Escala de Comportamento Pró-social</u></b>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas	0	1	2
Gosto de partilhar com os outros	0	1	2
Gosto de ajudar se alguém está magoado ...	0	1	2
Sou simpático/a para os mais pequenos	0	1	2
Gosto de ajudar os outros	0	1	2

#### **Pontuação Total de Dificuldades:**

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

## Anexo C4. STAI

For use by Filomena Dias only. Received from Mind Garden, Inc. on November 29, 2010

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO  
de Charles D. Spielberger  
STAI Forma Y – 1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva

E \_\_\_ T \_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos **neste momento**

	nada	um pouco	moderadamente	muito
1. Sinto-me calmo .....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso .....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado .....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade .....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado .....	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que podem vir a acontecer .....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito .....	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado .....	1	2	3	4
10. Estou descansado .....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante .....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso .....	1	2	3	4
13. Estou inquieto .....	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso .....	1	2	3	4
15. Estou descontraído .....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente .....	1	2	3	4
17. Estou preocupado .....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso .....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável .....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem .....	1	2	3	4

Research Edition Translation Performed by Danilo R. Silva. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO  
STAI Forma Y - 2

**INSTRUÇÕES:** Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente **em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente **geralmente**.

	quase nunca	algumas vezes	frequentemente	quase sempre
21. Sinto-me bem .....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio .....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo .....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado .....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo .....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver .....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância .....	1	2	3	4
30. Sou feliz .....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam .....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro .....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade .....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente .....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem .....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento .....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável .....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes .....	1	2	3	4

Research Edition Translation Performed by Danilo R. Silva. Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent.

Anexo C5. EADSC-21

## EADS-C – 21

Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar.	0	1	2	3
4. Senti dificuldade em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex. Não me apeteceu ver televisão, estudar e nem jogar computador.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex. apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula	0	1	2	3
7. Senti tremores. Por ex., nas mãos, nas pernas	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustado e, todos os meus amigos perceberem e gozarem comigo.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado/cansado e melancólico/tristonho.	0	1	2	3

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Como por ex. Faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e, ficar muito irritado e resmungão.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex. nem jogar computador ou ver televisão eu tinha vontade	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
18. Senti que, por vezes estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex., o coração começou a bater muito depressa, de repente	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que de repente, as coisas deixaram de valer a pena.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3

Anexo D – Materiais Utilizados nas Sessões

Anexo D1. Consentimento Informado para o Grupo Experimental

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

### “Intervenção em Perturbações de Ansiedade Generalizada, em Crianças, Através de Técnicas de Grupo”

Eu, Catarina Ribeiro, estudante de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, encontro-me a realizar Dissertação de Mestrado, com o tema: Intervenção em Perturbações de Ansiedade Generalizada em Crianças. Por este motivo, desenvolvo o presente projecto, com intenção de avaliar o impacto de um programa de 14 sessões destinadas a informar e desenvolver capacidades de reconhecimento e gestão da Ansiedade.

A sua contribuição envolve a participação semanal, do seu educando, nas sessões acima mencionadas, cujo programa e calendarização se encontram anexados a este documento. Este processo irá envolver dois momentos de avaliação, de forma a monitorizar o sucesso e efeito do programa de sessões, onde também irá ser necessária a sua participação.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados para efeitos de pesquisa neste estudo e protegidos com total confidencialidade.

**Assinatura/s:** .....  
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação do meu filho/educando neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito que o meu filho/educando participe na avaliação e sessões semanais.*

Nome do filho/educando: .....  
.....

Nome do encarregado de educação: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA AS COORDENADORAS DO GRUPO, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo D2. Consentimento Informado para o Grupo de Controlo

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

### “Intervenção em Perturbações de Ansiedade Generalizada, em Crianças, Através de Técnicas de Grupo”

Eu, Catarina Ribeiro, estudante de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, encontro-me a realizar Dissertação de Mestrado, com o tema: Intervenção em Perturbações de Ansiedade Generalizada em Crianças. Por este motivo, desenvolvo o presente projecto, com intenção de avaliar o impacto de um programa de 14 sessões destinadas a informar e desenvolver capacidades de reconhecimento e gestão da Ansiedade.

A sua contribuição envolve dois momentos de avaliação, onde também irá ser necessária a sua participação.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados para efeitos de pesquisa neste estudo e protegidos com total confidencialidade.

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação do meu filho/educando neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito que o meu filho/educando participe na avaliação e sessões semanais.*

Nome do filho/educando: .....

Nome do encarregado de educação: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA AS COORDENADORAS DO GRUPO, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

## Anexo D3. Contracto de Participação

## CONTRACTO DE PARTICIPAÇÃO

Decidi fazer parte deste Grupo, depois de ter conhecimento dos seus objectivos. Sei que tenho uma grande responsabilidade relativamente ao êxito do seu funcionamento e que quanto mais me empenhar no trabalho deste Grupo mais facilmente conseguirei atingir esses objectivos.

Assim, comprometo-me:

- 1) a cumprir as Regras votadas pelo Grupo e
- 2) a participar activamente em todas as actividades do Grupo.

As Coordenadoras do grupo por sua vez, comprometem-se a organizar as actividades necessárias para atingir os objectivos deste Grupo e a responder às dificuldades que surjam na realização dessas actividades.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

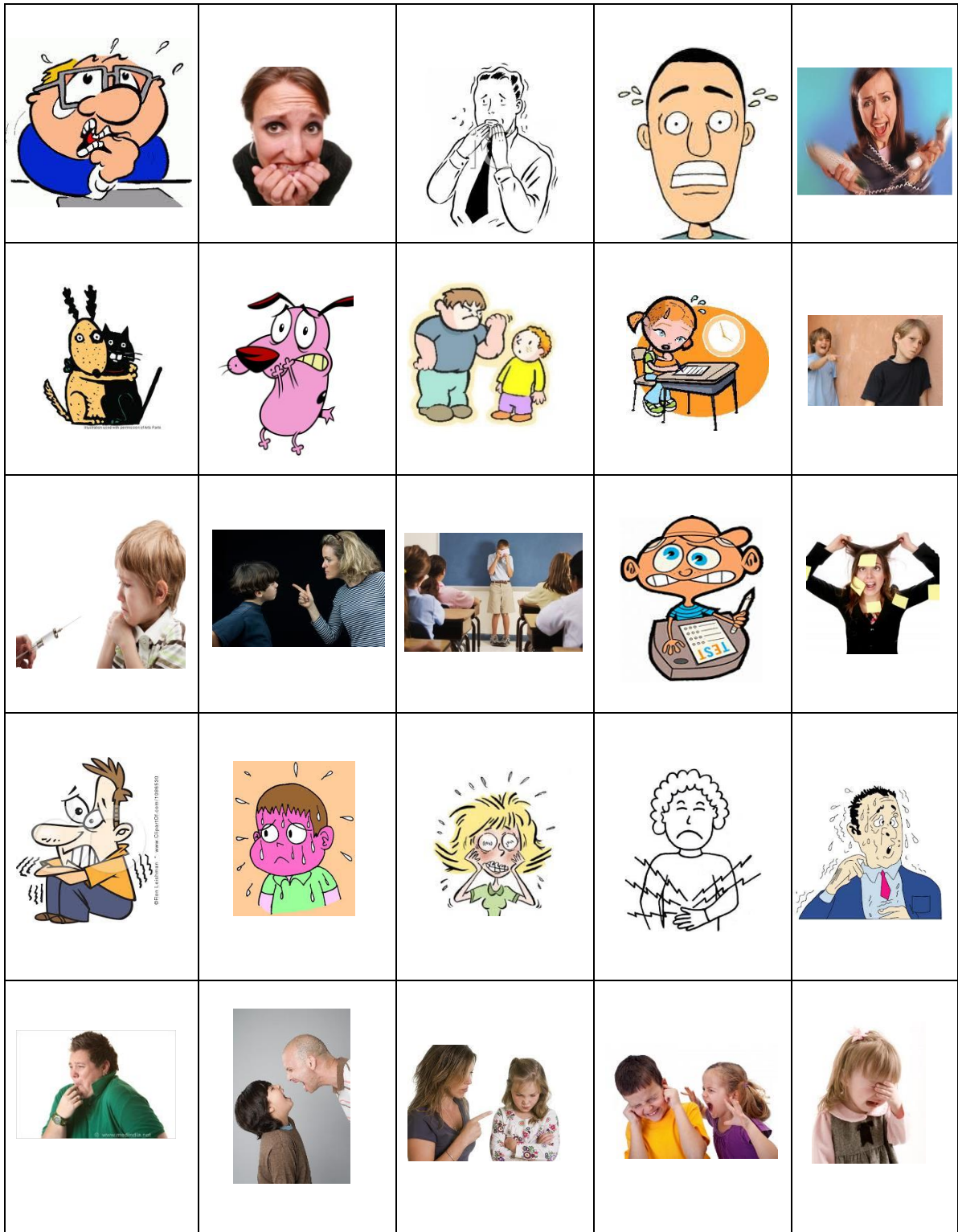
As Coordenadoras do Grupo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O membro do Grupo

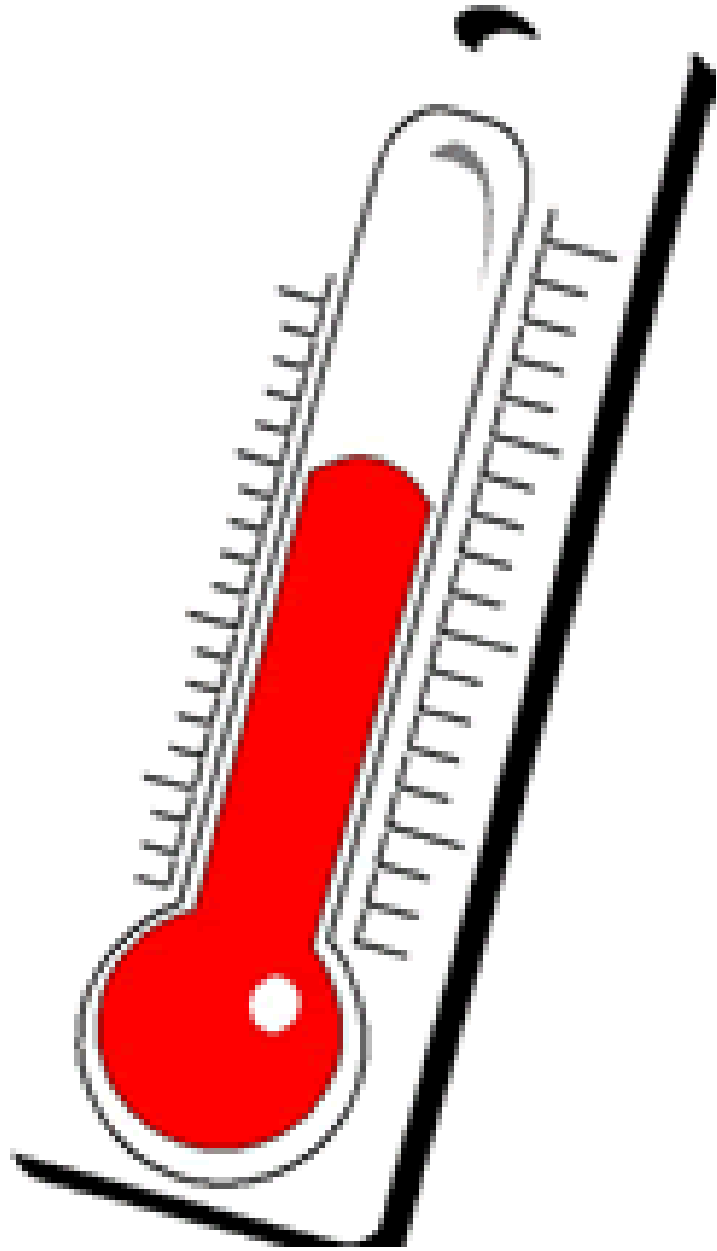
\_\_\_\_\_

Anexo D4. Imagens “Calmo vs. Nervoso” – Sessão 4, Actividade 3.

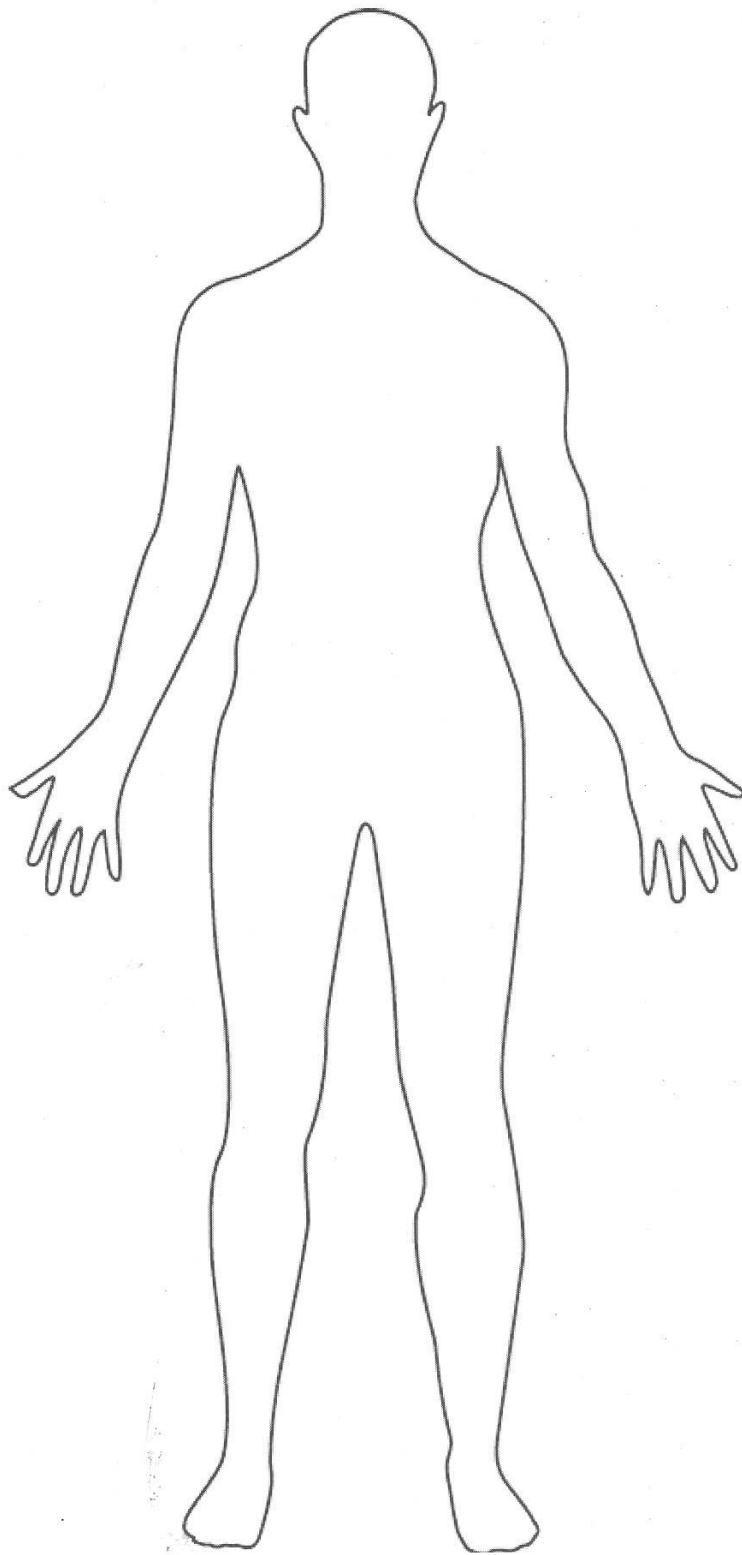




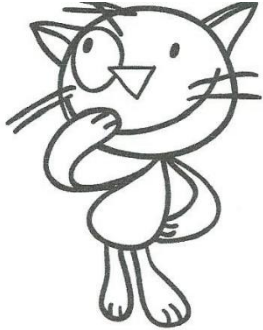
Anexo D5. Escala de Ansiedade – Sessão 4, Actividade 4.



Anexo D6. “As pistas que o corpo nos dá” – Sessão 5, Actividade 4.



Anexo D7. “Pensamento-Sentimento-Comportamento” – Sessão 7, Actividade 4.



Nesta sessão vamos falar sobre pensamentos que as pessoas têm em diferentes situações. Por exemplo, se eu ganhar um rato de borracha para brincar, penso "estou tão excitado, nem consigo esperar para brincar com ele". A isto que nós dizemos a nós próprios, chamamos-lhe pensamento.

### ACTIVIDADES PARA HOJE

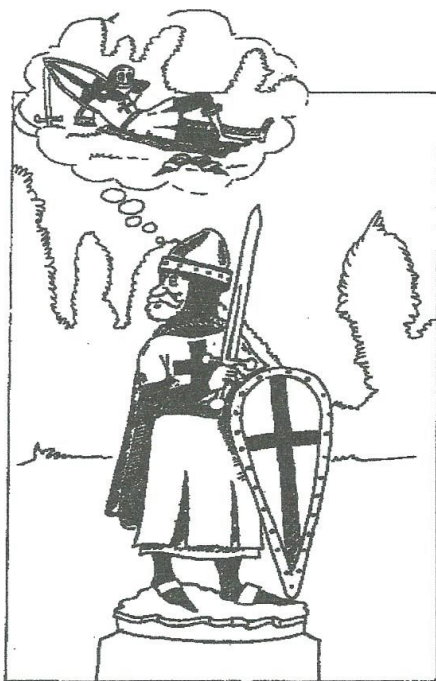
#### ★ QUE PENSAMENTO DEVE ESTAR NO BALÃO?

Olha para o desenho abaixo. É um desenho de D. Afonso Henriques, o primeiro rei de Portugal. Chamamos ao balão que está sobre a cabeça do rei, um balão de pensamentos, que é para onde vão os pensamentos das personagens. No primeiro desenho o balão está vazio. Pensa um minuto no que ele estará a pensar e vira a página...



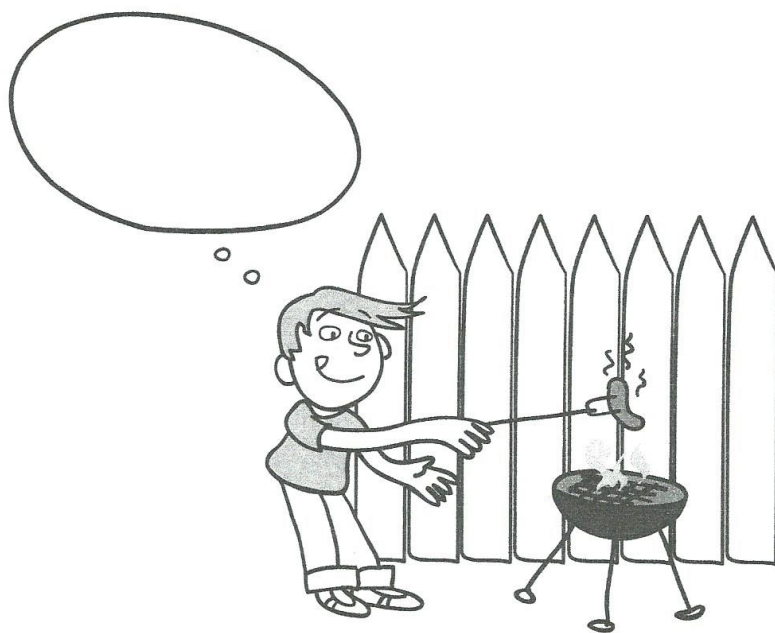
Eu acho que o D. Afonso Henriques está cansado de estar de pé...

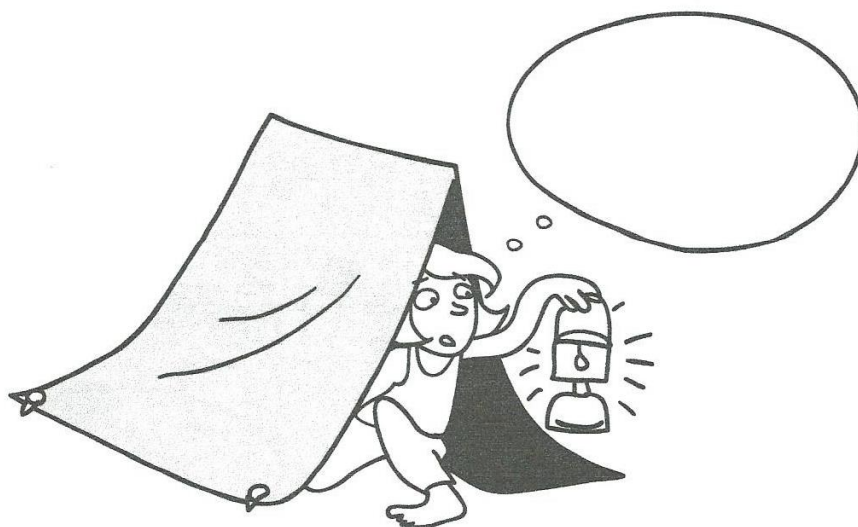




...e está a pensar numa cadeira confortável. Ele quer relaxar.



Vamos agora ver outras situações. Para cada desenho, tenta adivinhar o que cada pessoa estará a pensar. Preenche os balões, escrevendo esses pensamentos. Vamos ao trabalho!





Às vezes, não é fácil perceber o que as pessoas pensam em determinados momentos. Em diferentes situações, pode-se ter pensamentos diferentes, por exemplo, vamos ver a seguinte situação: Um professor anuncia que a turma vai jogar futebol. Vamos conhecer dois alunos desta turma. O João gosta muito de futebol e é um dos melhores guarda-redes da escola. O Carlos não tem jeito nenhum para o futebol e, nas vezes que tentou jogar, acabou por cair, rasgar os calções e estragar as sapatilhas. O que pensará o João quando ouvir dizer o professor que vão jogar futebol? E o Carlos? Achas que eles vão ter pensamentos iguais ou diferentes?

PENSAMENTOS DO JOÃO	PENSAMENTOS DO CARLOS
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



Agora olha para o desenho abaixo. Este desenho tem dois balões. Tenta descobrir dois pensamentos muito diferentes que o patinador possa ter. Escreve um em cada balão.



★ DIFERENTES PENSAMENTOS = DIFERENTES SENTIMENTOS E ACÇÕES

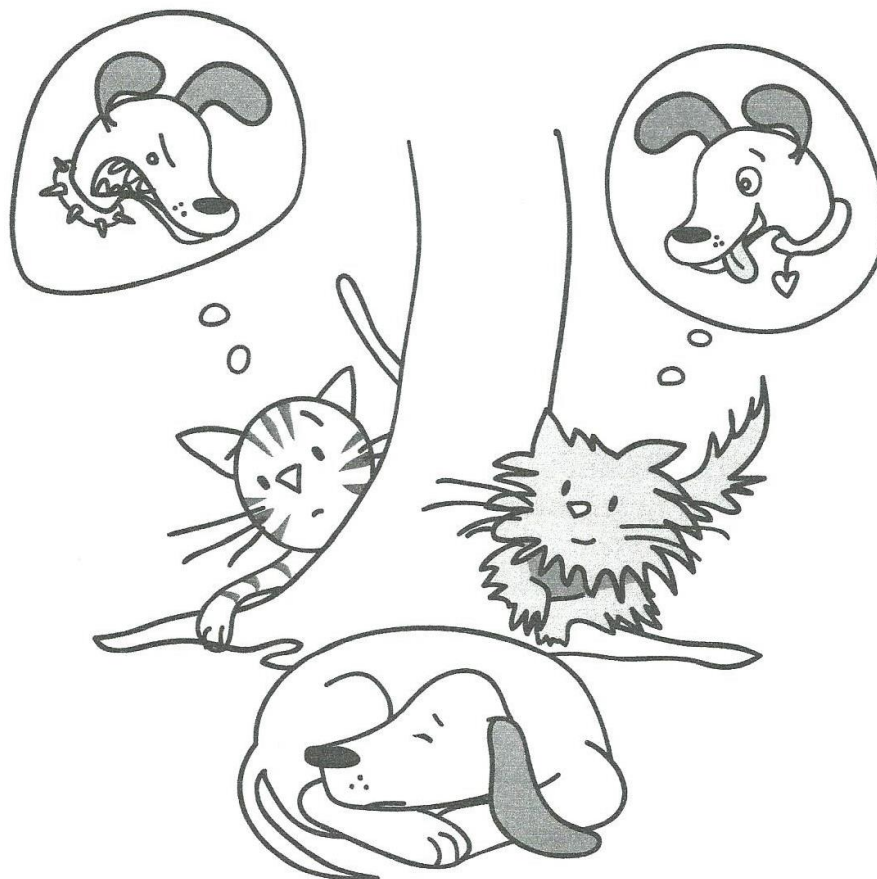
Como é que o patinador se sentiria e o que faria se tivesse o primeiro pensamento?  
Como se sentiria e o que faria se tivesse o segundo pensamento?

	SENTIMENTO	ACÇÃO
Pensamento 1	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

	SENTIMENTO	ACÇÃO
Pensamento 2	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

★ **SEGUNDO PASSO**

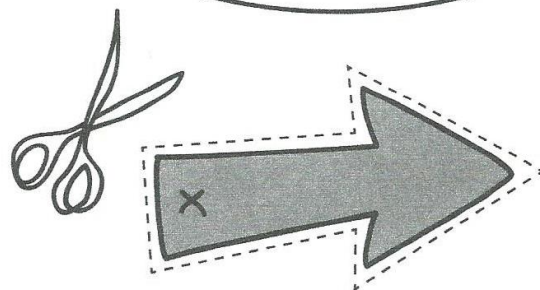
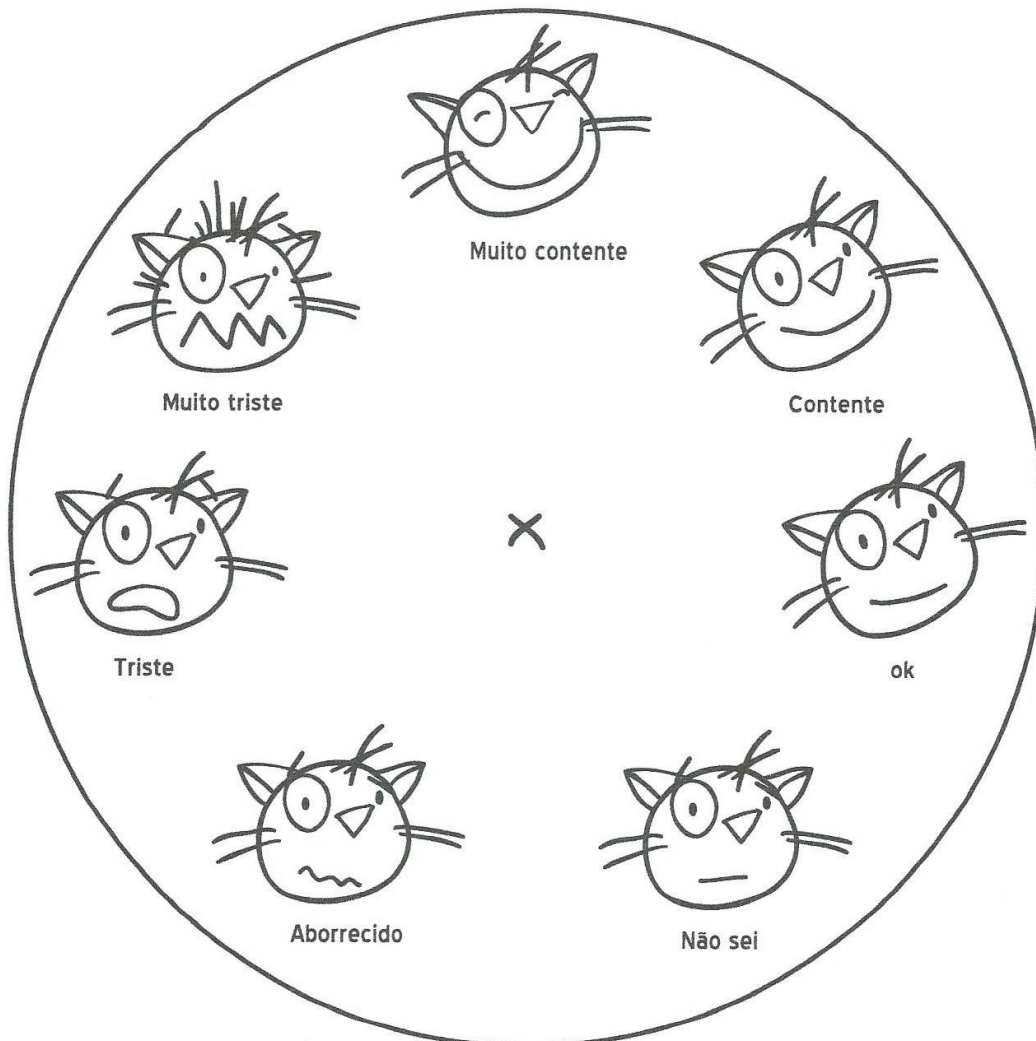
Alguns tipos de pensamentos podem ajudar as pessoas a lidar com as situações enquanto outros podem tornar a pessoa mais nervosa e assustada. Olha com atenção para este desenho. Faz um círculo à volta do gato que se sentiria mais assustado.



Porque achas que ele sentiria mais medo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anexo D8. “Termómetro dos Sentimentos” – Sessão 10, Actividade 4.

# TERMÓMETRO DE SENTIMENTOS



Corta a seta e coloca-a no centro do teu termómetro dos sentimentos

Anexo D9. Diploma de Participação – Sessão 13, Actividade 2.



## Anexo D10. Lista de Conteúdos Vídeo e Som

## Lista de Conteúdos Vídeo

- Dilworth, J. (2002). *Courage the Cowardly Dog*. [Episódios em vídeo]. Retrieved from <http://www.youtube.com/user/CoragemBrasil>
  - Sessão 3 – Temporada 1, Episódio 27.
  - Sessão 4 – Temporada 1, Episódio 13a.
  - Sessão 5 – Temporada 1, Episódio 13b.
  - Sessão 6 – Temporada 1, Episódio 10.
  - Sessão 7 – Temporada 1, Episódio 8.
  - Sessão 8 – Temporada 1, Episódio 5.
  - Sessão 9 – Temporada 4, Episódio 10.
  - Sessão 10 – Temporada 2, Episódio 25.
  - Sessão 11 – Temporada 4, Episódio 8.
  - Sessão 12 – Temporada 1, Episódio 2.

## Lista de Conteúdos Som

- Gibson, D. (2001) *Forest Piano*. [CD]. Nova Iorque: Solitudes. → Sessão 6 a 13 (Exercícios de Relaxamento)