

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NUM PROGRAMA
GRUPAL DE TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA PERTURBAÇÕES
EMOCIONAIS – CARACTERIZAÇÃO E CORRELATOS
DO ENVOLVIMENTO**

Laura Reis

**MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – PREVENÇÃO E
INTERVENÇÃO**

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS NUM PROGRAMA
GRUPAL DE TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL PARA PERTURBAÇÕES
EMOCIONAIS – CARACTERIZAÇÃO E CORRELATOS
DO ENVOLVIMENTO**

Laura Reis

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Isabel Pereira

**MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – PREVENÇÃO E
INTERVENÇÃO**

2023

Agradecimentos

Sendo este um caminho que não se faz sozinha, gostaria de expressar os meus agradecimentos a todos os que contribuíram para que este momento se tornasse possível.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Ana Isabel Pereira, por toda a atenção e disponibilidade que teve para comigo, pelos conhecimentos transmitidos e pelo apoio e ajuda que me deu enquanto minha orientadora. Muito obrigada!

Um agradecimento também especial à equipa de investigação, que me acolheu de braços abertos, em especial à Ana Maria Pereira e à Bruna Paulino, pela integração no projeto e pela partilha de dados.

Obrigada aos meus colegas e amigos, que ao longo destes anos, se mantiveram do meu lado e me apoiaram. Especialmente à minha colega Margarida que realizou a dissertação no âmbito do mesmo projeto, muitas horas de partilha e entreajuda.

Um obrigada à minha família que me ensinou e incentivou a nunca desistir e a lutar pelos meus sonhos. Em especial, mãe e avó, obrigada por estarem do meu lado e terem contribuído para este momento.

Um agradecimento especial ao Miguel, que sempre acreditou em mim e nunca me deixou duvidar de que seria capaz.

Por fim, um obrigada a todos os que estiveram do meu lado neste percurso e que me ajudaram a crescer não só a nível pessoal, mas também profissional.

Resumo

Enquadramento: As perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas apresentam a maior prevalência a nível mundial entre crianças e jovens. Tendo em conta o impacto destas perturbações no funcionamento das crianças e jovens, torna-se importante o estudo de intervenções e a sua eficácia. As terapias cognitivo-comportamentais são consideradas a primeira linha de intervenção, demonstrando ser eficazes no tratamento de uma variedade de perturbações mentais, incluindo as perturbações de ansiedade. As terapias cognitivo-comportamentais em formato de grupo têm sido igualmente identificadas como eficazes no tratamento de perturbações de internalização. O envolvimento é uma componente bastante relevante em intervenções em formato de grupo, sendo importante perceber como evolui ao longo do tratamento e quais os seus correlatos. As variáveis sociodemográficas, as características clínicas e a motivação para a mudança têm sido analisadas enquanto preditores do envolvimento, embora os estudos sejam ainda escassos.

Objetivo: Este estudo analisou o envolvimento da criança ao longo de um programa terapêutico de grupo dirigido às perturbações emocionais, considerando o envolvimento dentro e fora das sessões. Analisou também os correlatos deste envolvimento, nomeadamente as variáveis sociodemográficas, as características clínicas e a motivação para a mudança.

Método: A amostra é constituída por crianças dos sete aos 12 anos com queixas de ansiedade que participam num programa cognitivo-comportamental grupal dirigido às perturbações emocionais. O envolvimento na sessão foi avaliado, ao longo de várias sessões, através de uma medida observacional, a *Child Involvement Rating Scale* e o envolvimento fora da sessão foi avaliado através de um indicador relativo à adesão às atividades para casa. Para obter os dados referentes aos correlatos foram recolhidos

dados sociodemográficos, dados de intensidade da sintomatologia, com recurso à *Revised Child Anxiety and Depression Scale*, e a uma medida de motivação para a mudança.

Resultados: Os resultados deste estudo indicam que não existiram diferenças estatisticamente significativas no envolvimento da criança observado entre o primeiro segmento da intervenção e o segundo segmento. No que concerne ao envolvimento fora das sessões, os resultados apontam para um declínio na adesão às atividades para casa no segundo segmento da intervenção.

No que diz respeito aos correlatos de envolvimento dentro e fora das sessões, não se observaram associações estatisticamente significativas com a idade e a motivação para a mudança. Por sua vez, observaram-se diferenças no envolvimento nas sessões em relação ao sexo da criança: crianças do sexo masculino revelaram-se mais envolvidas nas sessões. Também a intensidade da sintomatologia se revelou negativa e significativamente associada ao envolvimento dentro e fora das sessões, nomeadamente crianças com níveis elevados de ansiedade social e sintomatologia depressiva envolveram-se menos nas sessões e revelaram menor adesão às atividades para casa.

Conclusões: Os resultados deste estudo contribuem para o conhecimento de quais os fatores que devem ser mais trabalhados, de forma a aumentar o envolvimento das crianças e, por conseguinte, obter melhores resultados no tratamento de perturbações emocionais.

Palavras-chave: envolvimento da criança; terapia cognitivo-comportamental; intervenção grupal; perturbação de ansiedade; correlatos de envolvimento

Abstract

Background: Anxiety disorders and depressive disorders are highly prevalent worldwide among children and adolescents. Considering the impact of these disorders on the functioning of children and adolescents, it is vital to study interventions and their effectiveness. Cognitive-behavioral therapies are considered the first line of intervention, effectively treating various mental disorders, including anxiety disorders. Cognitive-behavioral therapy in a group format has also been identified as effective in treating internalizing disorders. Involvement is a very relevant component in group interventions, and it is essential to understand how it evolves throughout the treatment and what factors are associated with it. Predictors of involvement, such as sociodemographic variables, clinical characteristics and readiness to change, have been analyzed, although studies are still scarce.

Objective: This study aimed to analyze the child's involvement throughout a group therapeutic program aimed at emotional disorders, considering involvement inside and outside the sessions. It also aimed to analyze the correlates of this involvement (e.g., sociodemographic variables, clinical characteristics, and readiness to change).

Method: The sample consisted of children aged seven to 12 years old with complaints of anxiety who participate in a group cognitive-behavioral program for emotional disorders. Engagement in the session was assessed in several sessions using an observational measure, the Child Involvement Rating Scale, and engagement outside the session was assessed using an indicator relating to adherence to home activities. To obtain data regarding correlates, sociodemographic data, and symptom intensity were collected using the Revised Child Anxiety and Depression Scale, and also, a measure of readiness to change.

Results: The results indicate no statistically significant differences in child engagement observed between the first segment of the intervention and the second segment.

Regarding involvement outside the sessions, the results point to a decline in adherence to home activities in the second segment of the intervention.

Regarding the correlates of involvement inside and outside the sessions, no statistically significant associations were observed with age and readiness to change. In turn, differences were observed in involvement in the sessions related to the child's sex: male children were more involved in the sessions. The intensity of symptoms was also found to be negatively and significantly associated with involvement inside and outside the sessions; specifically, children with high levels of social anxiety and depressive symptoms were less involved in the sessions and showed less adherence to home activities.

Conclusions: The results of this study contribute to the knowledge of which factors should be further worked on to increase children's involvement and, therefore, obtain better results in treating emotional disorders.

Keywords: child involvement; cognitive behavioral therapy; group intervention; anxiety disorder; correlates of involvement

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Índice de Tabelas	xi
Capítulo I – Revisão de Literatura.....	1
Descrição da Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva.....	1
<i>Terapias Cognitivo-Comportamentais</i>	2
<i>Abordagens Transdiagnósticas</i>	6
Envolvimento.....	8
<i>Modelos de Envolvimento</i>	9
<i>Atividades para Casa</i>	11
Envolvimento da Criança ao Longo da Intervenção.....	12
<i>Características Sociodemográficas (Sexo e Idade) e Características Clínicas</i>	13
<i>Motivação Para a Mudança</i>	14
Capítulo II – Método	17
Objetivos.....	17
Desenho da Investigação	18
<i>Medidas de Resultado</i>	19
<i>Medidas de Preditores</i>	20
Procedimento	21
<i>Procedimento de Recolha de Dados</i>	21
<i>Programa Detetives das Emoções – Versão Centrada na Criança (PU-C/C) e Versão Blended (PU-C/C In-Out)</i>	26
<i>Programa O Gato Habilidoso</i>	27
<i>Procedimento de Análise Estatística</i>	28

Capítulo III – Apresentação e Análise de Resultados.....	30
Análises Preliminares da Medida Observacional do Envolvimento da Criança nas Sessões	30
<i>Sessão Dois</i>	30
<i>Sessão Quatro</i>	31
<i>Sessão Seis</i>	32
<i>Sessão Oito</i>	33
Análise do Envolvimento Da Criança Dentro e Fora das Sessões	34
<i>Envolvimento Dentro das Sessões – Envolvimento da Criança Observado</i>	34
<i>Envolvimento Fora das Sessões – Adesão às Atividades para Casa</i>	35
Caracterização da Evolução do Envolvimento da Criança ao Longo das Sessões	35
<i>Envolvimento Dentro das Sessões – Envolvimento da Criança Observado</i>	35
<i>Envolvimento Fora das Sessões – Adesão às Atividades para Casa</i>	36
Análise dos Correlatos do Envolvimento da Criança: Características Sociodemográficas, Sintomatologia Internalizante e Motivação para a Mudança	36
<i>Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo)</i>	36
<i>Sintomatologia Internalizante</i>	37
<i>Motivação Para a Mudança</i>	39
Capítulo IV – Discussão de Resultados.....	40
Escala de Classificação do Envolvimento da Criança	40
Envolvimento das Crianças ao Longo das Sessões	40
Potenciais Preditores do Envolvimento da Criança na Intervenção	42
<i>Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo)</i>	42
<i>Sintomatologia Internalizante</i>	43
<i>Motivação Para a Mudança</i>	45
Capítulo V – Considerações Finais.....	46
Contribuições	46
Limitações.....	48

Referências Bibliográficas..... 49

Índice de Tabelas

Tabela 1: Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 2	31
Tabela 2: Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 4	32
Tabela 3: Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 6	33
Tabela 4: Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 8	34
Tabela 5: Média e Desvio Padrão do Envolvimento da Criança Observado no Decorrer das Sessões	35
Tabela 6: Média e Desvio Padrão da Adesão às Atividades para Casa no Decorrer das Sessões	35
Tabela 7: Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo) e o Envolvimento da Criança Observado e a Adesão às Atividades para Casa	37
Tabela 8: Correlações entre a Intensidade da Sintomatologia e o Envolvimento da Criança Observado e a Adesão às Atividades para Casa	38
Tabela 9: Correlações entre a Motivação para a Mudança e o Envolvimento da Criança Observado e a Adesão às Atividades para Casa	39

Capítulo I – Revisão de Literatura

Descrição da Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva

O número de estudos sobre a saúde mental de crianças e jovens tem vindo a aumentar consideravelmente (Costello et al., 2005) e estes estudos estimam que cerca de um em cada três a quatro jovens venham a cumprir os critérios para o diagnóstico de uma perturbação mental segundo DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2014). A prevalência estimada de perturbações mentais em crianças e adolescentes a nível mundial é de 13,4% (Polanczyk et al., 2015). Destas perturbações destacam-se a ansiedade e a depressão com maior prevalência a nível mundial nestas faixas etárias. A primeira apresenta uma prevalência estimada de 6,5% e a segunda uma prevalência de 2,6% (Polanczyk et al., 2015).

A ansiedade pode ser definida como um conjunto de reações emocionais que surgem como resultado da antecipação de uma ameaça real ou imaginária (Silverman e Field, 2011) e caracteriza-se pelos seguintes aspetos: preocupação excessiva, medos, crenças negativas, evitamento de situações específicas ou objetos, acompanhadas de sintomas físicos como aumento do batimento cardíaco, respiração superficial, sudorese e dores no estômago e/ou peito. O evitamento referido anteriormente pode ser direcionado a atividades como a escola, ao envolvimento com pares e a realização de tarefas próprias de cada estágio de desenvolvimento (Albano et al., 2003). Além disso, diversos estudos longitudinais de amostras comunitárias revelam que uma vez que a criança é diagnosticada com perturbação de ansiedade, essa criança corre o risco de desenvolver no futuro a mesma perturbação, ou outro tipo de perturbação de ansiedade ou perturbação depressiva (Beesdo et al., 2007).

A perturbação depressiva em crianças e adolescentes caracteriza-se por um período de humor deprimido ou irritável persistente, e/ou perda de interesse ou prazer, que dura pelo menos duas semanas e é acompanhado por outros sintomas, tais como falta de energia, fadiga; sentimentos inapropriados de culpa; dificuldades de pensamento, concentração ou tomada de decisão; dificuldades de alimentação ou perda/ganho de peso significativo; lentidão ou agitação extrema e pensamentos/ideações suicidas (APA, 2014). Alguns dados demonstram-nos também que a fenomenologia da depressão é, por norma, muito semelhante entre os jovens e os adultos (Kessler et al., 2001). Nas perturbações depressivas, à semelhança do que ocorre com as perturbações de ansiedade, também se podem observar défices ao nível social, escolar e de competência, nomeadamente dificuldades no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos, na resolução de problemas e na regulação emocional que impactam o desenvolvimento normal e saudável de uma criança (Hammen e Rudolph, 2003).

Relativamente à comorbilidade, as perturbações de ansiedade são as condições que estão mais comumente associadas à perturbação depressiva, sendo que três quartos dos jovens com depressão apresentam pelo menos uma perturbação de ansiedade (Kessler et al., 2001).

Terapias Cognitivo-Comportamentais e Abordagens Transdiagnósticas

Terapias Cognitivo-Comportamentais

Devido ao impacto das perturbações emocionais na criança e no seu contexto proximal, é importante intervir adequadamente junto destas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada a primeira linha de intervenção, demonstrando ser eficaz no tratamento de uma variedade de perturbações mentais, incluindo as perturbações de ansiedade (Hofmann e Smits, 2008; Norton e Price, 2007). Além disso,

as evidências indicam que a TCC está associada a melhorias na qualidade de vida de pacientes com ansiedade (Hofmann et al., 2014).

No que diz respeito ao tratamento de perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes, várias revisões sistemáticas e meta-análises, no decorrer dos últimos anos têm-se debruçado sobre o estudo da eficácia das terapias cognitivo-comportamentais no tratamento destas (Compton et al., 2004; Davis et al., 2011). A TCC apresenta-se com o objetivo de reduzir comportamentos desadaptativos e aumentar os comportamentos adaptativos, através de procedimentos cognitivos e comportamentais (Norton e Price, 2007). Neste sentido, a TCC assenta no pressuposto de ajudar as crianças a reconhecer os sintomas de ansiedade, a identificar reações somáticas, pensamentos e crenças e a modificar estes mesmos. Além disso, a TCC apresenta um elemento fundamental, as tarefas de exposição, estas tarefas pressupõem que a criança teste e enfrente os seus próprios medos, simultaneamente têm a oportunidade para desenvolver estratégias de *coping*, tais como resolução de problemas, competências sociais e treino de relaxamento (James et al., 2020).

Outro aspeto bastante importante acerca das terapias cognitivo-comportamentais é o facto de esta se definir por um tratamento colaborativo, assente no empirismo colaborativo (EC). O empirismo colaborativo tem sido definido de diversas formas e vários autores têm dedicado o seu tempo a perceber se o EC pode ser considerado um requisito para a relação terapêutica na terapia cognitivo de Beck ou se é mais bem definida enquanto uma técnica ou estratégia (Hazlett-Stevens, 2008). O empirismo colaborativo pode definir-se enquanto parte integrante da relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais (Castonguay et al., 2010). O terapeuta trabalha para estabelecer e transmitir esta abordagem de colaboração, transmitindo ao cliente que ambos vão trabalhar juntos com o objetivo de reduzir os sintomas e melhorar o

funcionamento, tendo por base o teste de hipóteses partilhadas, a experiência e a evidência científica (Tee e Kazantzis, 2011).

O Programa *Coping Cat*, desenvolvido pela *Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic (CAADS)*, que consiste num conjunto de 16 sessões de desenvolvimento cognitivo-comportamental com estratégias de treino de competências (oito sessões) e aplicação na prática (oito sessões) com recurso a cenários imaginados e/ou reais, para crianças e adolescentes de idades compreendidas entre os seis e os 17 anos (Kendall e Hedtke, 2006), foi um dos primeiros programas cognitivo-comportamentais a surgir e tem recebido considerável suporte empírico em diversos ensaios clínicos e ao longo de diversos países que têm investido na aplicação deste programa para o tratamento da ansiedade, demonstrando ganhos clínicos com a aplicação do programa, não só em formato individual como também em formato de grupo, quando comparado com outras condições (Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008).

A meta-análise desenvolvida por (Lenz, 2015), que utilizou 19 estudos randomizados, contribuiu igualmente para suportar a eficácia do programa *Coping Cat*. Através da análise de 13 estudos que comparavam participantes que receberam o programa *Coping Cat* vs. participantes que não receberam nenhum tratamento e, de 12 estudos que comparavam participantes que receberam o programa *Coping Cat* vs. participantes que receberam outros tratamentos alternativos, concluiu-se que os participantes que completaram o programa *Coping Cat* revelaram vantagens na gestão de sintomas de ansiedade ao longo do tempo, comparativamente aos participantes que não receberam tratamento e/ou receberam um tratamento alternativo. Também os resultados coletivos dos estudos que utilizaram o programa *Coping Cat* ou variantes deste indicam que cerca de 50% a 72% de crianças com perturbação de ansiedade, que

receberam TCC, deixaram de cumprir critérios para o diagnóstico de ansiedade após o tratamento, atribuindo, desta forma, suporte empírico ao programa. (Podell et al., 2010).

Formato das Terapias Cognitivo-Comportamentais

Uma outra questão que tem sido estudada no que diz respeito à eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais prende-se com o formato em que estas são aplicadas. Tobon et al. (2011) refere a eficácia não só da TCC individual em perturbações de internalização, como também a eficácia da aplicação da TCC em formato de grupo.

De acordo com a meta-análise conduzida por (Reynolds et al., 2012), que comparou a eficácia de diferentes métodos de aplicação de tratamento para a perturbação de ansiedade em crianças, os dados indicam um maior efeito de tratamentos individuais comparativamente a tratamentos em grupo. Nesta meta-análise foram incluídos estudos como o de Flannery-Schroeder e Kendall (2000), onde não foram encontradas diferenças significativas nos resultados do tratamento, no que diz respeito ao diagnóstico, ao auto-relato de ansiedade pela criança e ao relato dos pais acerca de problemas de internalização, numa amostra clínica composta por crianças dos oito aos 14 anos que foram aleatorizadas entre tratamento individual e tratamento grupal. Também a investigação de Manassis et al., (2002) que comparou a TCC individual com a TCC em grupo em crianças entre os oito e os 12 anos que reportam pelo menos uma perturbação de ansiedade segundo o DSM-IV, encontrou resultados equivalentes, no entanto crianças com níveis elevados de ansiedade social apresentaram mais ganhos clínicos na condição individual por comparação a crianças com elevados níveis de ansiedade social na condição de grupo.

Existem diversas razões para que o tratamento da ansiedade seja realizado em formato grupal (Liber et al., 2008), nomeadamente a redução de custos no tratamento de um maior número de crianças e adolescentes com perturbação; o reforço e a modelagem por parte dos pares; a normalização da ansiedade e a exposição a situações sociais, que são mais representativas da vida quotidiana. Neste sentido, o tratamento em grupo tem sido apontado como um método mais económico de tratar um maior número de crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade que necessitam de intervenção (Silverman et al., 1999; Hudson, 2005).

Abordagens Transdiagnósticas

As abordagens transdiagnósticas têm recebido considerável suporte, na literatura com pacientes adultos, como uma abordagem eficaz que permite compreender diversas problemáticas que partilham uma estrutura conceptual semelhante (Harvey et al., 2004; Barlow et al., 2020). Uma abordagem transdiagnóstica explica, através de um modelo teórico unificado, condições aparentemente diferentes, que partilham mecanismos comuns (Ehrenreich-May e Chu, 2013). Algumas meta-análises apoiam a eficácia do Protocolo de Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais, como uma intervenção com resultados na redução de sintomas, no aumento da utilização de estratégias de regulação emocional e no aumento de benefícios no funcionamento e qualidade de vida dos pacientes (Sakiris e Berle, 2019; Carlucci et al., 2021).

No tratamento de perturbações em crianças e adolescentes, o recurso a abordagens transdiagnósticas revela-se ainda mais importante, devido à elevada comorbilidade e variabilidade na manifestação de sintomas ((Ehrenreich-May e Chu, 2013). As abordagens transdiagnósticas assentam em três princípios (1) as perturbações emocionais podem co-ocorrer, (2) crianças que experienciam precocemente sintomas de ansiedade são mais propensas a desenvolver perturbações de ansiedade e depressão no

futuro e (3) a ansiedade e a depressão partilham fatores de risco comuns a nível genético, neurobiológico e ambiental (Boomsma et al., 2005; Wilamowska et al., 2010).

Estas abordagens revelam-se vantajosas, pois possibilitam o aumento da eficácia das intervenções nas perturbações emocionais, considerando a elevada comorbidade entre estas (Wilamowska et al., 2010); permitindo uma maior disseminação e acessibilidade (Egan et al., 2012), através da compensação de barreiras associadas aos custos e duração dos tratamentos, especialmente em famílias com rendimento médio-baixo (Martin et al., 2018).

O Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (PU), posteriormente adaptado para a população juvenil (PU-C), por Ehrenreich-May e Bilek (2012) é um protocolo de tratamento transdiagnóstico de crianças com idades compreendidas entre os seis e os 13 anos, organizado através de um conjunto de princípios básicos que exploram a reatividade emocional e dificuldades de regulação, que são comuns entre as perturbações emocionais. No decorrer de 16 sessões, inclui diversas estratégias de intervenção, nas quais se incluem elementos de educação emocional, estratégias cognitivas tradicionais, estratégias de ativação e exposição comportamental e também estratégias comportamentais de 3ª geração (Ehrenreich-May e Bilek, 2012).

Em estudos relativos à aplicação de protocolos de terapias cognitivo-comportamentais nas perturbações de ansiedade, pode-se constatar uma baixa representação de crianças. Esta sub-representação pode ser derivada da crença de que a perturbação de ansiedade é transitória nesta faixa etária ou da ideia de que crianças mais novas não têm maturidade suficiente para beneficiar de intervenções cognitivo-comportamentais. Estudos recentes têm demonstrado que crianças em idade pré-escolar apresentam perturbações de ansiedade com taxas muito semelhantes a crianças mais

velhas (Egger & Angold, 2006). Neste sentido, importa clarificar a aplicabilidade da TCC em crianças. Numa revisão sistemática conduzida por (Cartwright-Hatton et al., 2004), os resultados apontam para a eficácia da TCC na intervenção com perturbações de ansiedade, tanto para crianças como para adolescentes, quando comparados com o grupo de controlo que não recebe tratamento.

Envolvimento

Como referido anteriormente, o empirismo colaborativo (EC) assume-se como uma componente central da aliança terapêutica (Friedberg e Clark, 2006). Por sua vez, a aliança terapêutica pode estar associada a melhores resultados na terapia, uma vez que contribui para aumentar a participação da criança na intervenção (Liber et al., 2010). Alguns autores indicam que uma aliança terapêutica forte pode maximizar o envolvimento de crianças com perturbação de ansiedade nas sessões de desenvolvimento de competências, bem como uma relação marcada pela confiança entre a criança e o terapeuta pode contribuir para uma maior participação nas tarefas de exposição (Liber et al., 2010). Neste sentido, importa estudar o envolvimento da criança e identificar que barreiras e facilitadores existem, bem como que tipo de preditores estão associados a um maior envolvimento para, desta forma, adequar as intervenções e maximizar os resultados que se pretendem.

Pode-se constatar que na literatura existente, o envolvimento não se encontra claramente definido, sendo por vezes referido enquanto adesão e/ou participação. Acresce ainda que grande parte da literatura existente sobre o envolvimento encontra-se centrada nos adultos, o que torna importante esclarecer o que se entende por envolvimento das crianças nas intervenções psicológicas.

O envolvimento inclui a vontade da criança participar comportamentalmente nas atividades terapêuticas, bem como a vontade da criança se auto-revelar, elaborar

questões e envolver-se com o material da terapia (e.g., Braswell et al., 1985). Outros autores definem o envolvimento positivo como um reflexo da abertura e disposição por parte do jovem em participar no tratamento, interagindo e elaborando questões sobre o material e igualmente fazer auto-revelações de experiências pessoais e pensamentos (Chu e Kendall, 2004).

Modelos de Envolvimento

Para melhor enquadrar e definir o envolvimento, King et al. (2014) propõem um modelo conceptual de envolvimento da criança e dos pais no processo de intervenção em saúde mental composto por três componentes que se influenciam reciprocamente: (a) envolvimento afetivo, (b) envolvimento cognitivo e (c) envolvimento comportamental. O envolvimento comportamental inclui a assiduidade às sessões, o compromisso e a manutenção da adesão aos protocolos de tratamento. O envolvimento cognitivo, por sua vez, está relacionado com a conceção de até que ponto as expectativas são cumpridas e os tratamentos são credíveis, convincentes e lógicos (Nock et al., 2007). Por último, o envolvimento afetivo diz respeito ao envolvimento emocional nas sessões, a uma atitude positiva e de confiança no terapeuta (Howgego et al., 2003).

Considerando estas conceptualizações de envolvimento, King et al. (2014) indicam que a perspetiva mais apropriada para enquadrar o envolvimento é uma perspetiva relacional que envolve a interação entre o cliente e o terapeuta, sendo o envolvimento definido por um estado multifacetado de compromisso motivacional ou investimento no papel do cliente no processo de tratamento. Segundo estes autores, o estado ideal de um cliente é obtido quando se faz uso de três processos de envolvimento: (a) recetividade, (b) disposição e (c) auto-eficácia. A recetividade diz respeito primeiramente à abertura do cliente para receber ajuda e ao facto de este

acreditar na capacidade do processo terapêutico e do terapeuta conduzirem a resultados positivos (Yatchmenoff, 2005). A disposição refere-se ao desejo do cliente investir esforço na intervenção e reflete-se não só na crença de que a intervenção é necessária (Treasure e Schmidt, 2001), mas também numa avaliação que o cliente faz acerca do quão credível, convincente e lógico é um tratamento e se este mesmo conduzirá a determinadas melhorias (Nock et al., 2007). Por fim, a auto-eficácia concerne ao cliente acreditar na sua capacidade para levar a cabo o plano de intervenção na vida real.

Conclui-se assim que um cliente envolvido no tratamento é aquele que tem uma atitude otimista, confia no processo de intervenção e no terapeuta, está comprometido com os objetivos da intervenção e convencido da necessidade do tratamento. Além disso, o cliente é também capaz de realizar as tarefas propostas na intervenção.

Outros autores, como Piotrowska et al. (2017) apresentaram um modelo conceptual de envolvimento, designado por Conexão, Assiduidade, Participação e Execução (CAPE), que procura explicar o envolvimento parental em programas de saúde mental para crianças. Neste modelo, o envolvimento é conceptualizado como um construto multidimensional com múltiplos estádios, níveis e domínios e compreende quatro etapas: (1) Conexão que diz respeito ao alcance do programa, conexão com os pais e decisão de se inscreverem; (2) Assiduidade que constitui a presença contínua nas sessões e (3) Participação nas sessões que reflete um conjunto de ações que vão além da participação na sessão, tais como a conclusão de tarefas para casa ou a discussão ativa em grupo e (4) Executar as estratégias aprendidas.

Ambos os modelos oferecem uma perspetiva acerca da estrutura do envolvimento, acrescentando direções para estudos futuros. O primeiro modelo permite distinguir diferentes tipos de envolvimento e preditores associados e assenta principalmente numa estrutura motivacional como uma forma de aumentar o

envolvimento dos clientes nas intervenções. Segundo Kazdin e Wassell (2000) o processo de envolvimento pode ser facilitado se no início do tratamento forem conhecidas as expectativas do cliente em relação ao tratamento, assim como a percepção que o cliente tem acerca da exigência do tratamento e garantir que o cliente percebe também qual a associação entre os procedimentos e o processo pelo qual irá ocorrer mudança. O segundo modelo de Piotrowska et al. (2017) constitui um modelo mais processual, na medida em que define o envolvimento no decorrer do processo de intervenção com diferentes tipos de preditores em cada uma das fases do processo.

Atividades para Casa

No presente estudo irá focar-se a componente comportamental do envolvimento das crianças nas intervenções psicológicas, dentro das sessões e fora das sessões e, neste âmbito, torna-se importante abordar as atividades para casa, um indicador de envolvimento fora das sessões. As atividades para casa ou tarefas realizadas entre sessões são definidas como atividades que o cliente realiza entre as sessões, selecionadas em conjunto com o terapeuta (Kazantzis et al., 2016) e são geralmente reconhecidas como uma ferramenta das terapias cognitivas e comportamentais (A.T. Beck, 1979), cujo objetivo é facilitar a generalização e a manutenção do comportamento adaptativo e das competências cognitivas desenvolvidas em terapia (Kazantzis e L'Abate, 2005).

As atividades para casa constituem uma parte importante da aliança terapêutica, uma vez que esta assenta no pressuposto de que o paciente deve desempenhar um papel ativo na terapia (Rees et al., 2005). A quantidade e a qualidade das tarefas para casa são dois índices de medida importantes. Sabe-se que uma maior quantidade (i.e., quantidade de tarefas para casa concluídas ou parcialmente concluídas) é recomendável e deve ser comparável à dose do tratamento (Fennel e Teasdale, 1987), por outro lado também é

necessário garantir a qualidade das tarefas, uma vez que um cliente pode completar apenas uma parte das tarefas e, ainda assim, adquirir e beneficiar das aprendizagens realizadas. A possível interação entre a quantidade e qualidade das tarefas para casa e os resultados do tratamento foi estudada por Niemeyer e Freixas (2016), os primeiros a contrastar estes dois aspetos das tarefas, sendo que os seus resultados mostraram relações significativas entre a quantidade e resultados na mudança de sintomas no final do tratamento.

Envolvimento da Criança ao Longo da Intervenção

O nível de envolvimento dos pacientes varia no decorrer da terapia. Estas mudanças podem ocorrer por variados motivos, tais como a simples passagem do tempo, em resposta à intervenção ou pela simples perceção do paciente de que o tratamento está a ter resultados e, por esse motivo, envolve-se mais na terapia (Chu et al., 2010).

O estudo de Chu e Kendall (2004) analisou o envolvimento de 63 crianças, entre os oito e os 14 anos, com diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada, de ansiedade de separação e fobia social, numa intervenção cognitivo-comportamental em formato individual. Neste estudo, foram analisadas as gravações de duas sessões iniciais e de duas sessões mais tardias, perto do ponto médio da intervenção, antes das sessões de exposição. Os resultados deste estudo demonstraram que um maior envolvimento da criança mesmo antes de começarem as exposições ao vivo (i.e., antes do ponto médio da intervenção), foi preditor da ausência de diagnóstico quando realizadas as análises no pós-tratamento. Adicionalmente, os resultados deste estudo indicaram também que crianças, cujo envolvimento aumentou desde as sessões iniciais para as sessões mais tardias, foram mais prováveis de revelar uma melhoria no diagnóstico.

Também neste estudo, os autores propuseram-se a analisar os efeitos das mudanças no envolvimento no decorrer da intervenção. 19% das crianças experienciaram mudanças significativamente positivas ou negativas no envolvimento, o que indica que um número significativo de crianças experienciou flutuações no seu envolvimento. 82% das mudanças no envolvimento verificaram-se ocorrerem no sentido negativo. Apesar dos resultados positivos desta intervenção, era esperado que o envolvimento permanecesse estável ou viesse a aumentar durante a terapia, no entanto, a maioria das mudanças no envolvimento ocorreram na direção negativa.

Correlatos do Envolvimento da Criança

Características Sociodemográficas (Sexo e Idade) e Características Clínicas

As características sociodemográficas e as características clínicas dos pacientes têm sido reportadas enquanto possíveis preditores da adesão em terapia (Nock e Ferriter, 2005). No estudo já referido anteriormente de Chu e Kendall (2004), um dos objetivos compreendia também perceber se as características sociodemográficas da criança (idade, etnia e rendimento familiar) e as categorias de diagnóstico (perturbação de ansiedade primária, comorbilidade) constituem preditores de um maior envolvimento da criança. Os resultados deste estudo indicaram que as características demográficas da criança não são preditores de um maior envolvimento na intervenção. Estes resultados são consistentes no que diz respeito às categorias de diagnóstico, pois não foram observadas diferenças significativas no decorrer do envolvimento segundo o diagnóstico de perturbação de ansiedade e/ou a existência de comorbilidade.

Tobon et al. (2011) propuseram-se a expandir os resultados encontrados por Chu e Kendall (2004) também no que concerne à análise das características demográficas e de diagnóstico enquanto preditores de um maior envolvimento da criança. Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao sexo da criança e à

presença de uma vs. múltiplas perturbações de ansiedade. Contudo, observou-se uma correlação significativa entre a idade e um maior envolvimento inicial, concluindo, assim, a presença de níveis mais elevados de envolvimento inicial em crianças mais velhas.

Outros factos que podem contribuir para enquadrar a idade e as características clínicas enquanto preditores do envolvimento, podem ser retirados do estudo de Lee et al. (2019), onde foram avaliadas as características demográficas e clínicas enquanto preditores de adesão inicial ao tratamento. Os resultados indicaram que a idade não foi um preditor de maior adesão. No entanto, relativamente às características clínicas obtidas pela *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Interview Schedule*, verificou-se que crianças com menos problemas de externalização foram avaliadas pelo terapeuta como mais comprometidas e completaram também mais tarefas para casa. Os autores explicam estes resultados através da possibilidade de que crianças com mais sintomas de internalização (e menos de externalização) experienciam maior stress e, por isso, apresentam uma maior motivação para se envolverem na terapia a fim de alcançarem alguma forma de alívio.

Motivação Para a Mudança

Diversos autores (Prochaska, 1992; Brogan et al., 1999) têm indicado a motivação para a mudança como um dos preditores que pode conduzir à concretização dos objetivos das intervenções psicossociais. Para enquadrar e melhor perceber o que se entende por motivação para a mudança, é fundamental introduzir o Modelo Transteórico de Mudança, desenvolvido por Prochaska, DiClemente, Velicer e colegas. Este modelo oferece uma conceptualização acerca da estrutura da mudança, utilizando uma dimensão temporal que integra processos e princípios de mudança de acordo com as principais teorias de intervenção. Apesar do número de fases ser inconsistente nos diversos estudos

que têm sido realizados, Prochaska e DiClemente (2005) definem a motivação para a mudança como sendo composta por cinco fases: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção. Segundo estes na fase de pré-contemplação não existe intenção de mudar comportamentos num futuro próximo. Por sua vez, na fase de contemplação, os pacientes têm maior consciência dos seus problemas e pensam na possibilidade de mudança, apesar de não existir qualquer compromisso para realizarem ações nesse sentido. A fase de preparação combina a intenção de mudar com a componente comportamental, existe a intenção de realizar uma ação e já foram dados alguns passos nessa direção. Por fim, na fase de ação, é possível observar que o paciente modifica os seus comportamentos, experiências e o ambiente envolvente de forma a verificar alterações nos seus comportamentos mais problemáticos. A manutenção corresponde a uma fase em que o paciente trabalha no sentido de manter as mudanças realizadas e prevenir recaídas.

Lewis e colaboradores (2009) sugeriram que adolescentes com uma elevada motivação para a mudança, especialmente pacientes com orientação para a ação, podem beneficiar mais das componentes do tratamento cognitivo-comportamental, uma vez que requerem uma maior colaboração com o terapeuta, a aprendizagem de novas competências e a realização de tarefas para casa. Estes autores hipotetizaram ainda que a diminuição nas pontuações de pré-contemplação e um aumento das pontuações na contemplação, ação e manutenção nas primeiras seis semanas de tratamento estão associadas a um decréscimo nos sintomas depressivos no final do tratamento. Para aceder ao nível de motivação para a mudança foi aplicada, no início e na sexta semana de tratamento, uma versão de 18 itens da *Scale Of Change Questionnaire* (SOCQ), composta por quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Os resultados indicam que adolescentes com pontuações mais elevadas na fase de ação,

apresentam uma menor severidade dos sintomas depressivos e respondem melhor ao tratamento independentemente da modalidade. Os autores reconhecem ainda a necessidade de adaptar o SOCQ para aceder ao nível de motivação para a mudança em crianças.

Capítulo II – Método

Objetivos

Considerando a revisão de literatura apresentada, pode denotar-se a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais, aplicadas tanto em formato individual, como em formato grupal, no tratamento de perturbações emocionais, com recurso a protocolos de tratamento transdiagnósticos, que se revelam vantajosos.

O envolvimento da criança nas intervenções é uma importante variável de processo, na medida em que se encontra associada a melhorias nos resultados do tratamento. Contudo, poucos são os estudos que abordam a evolução deste envolvimento dentro e fora das sessões de intervenção e que outras variáveis podem influenciar o envolvimento da criança na intervenção. Por este motivo, o presente estudo teve como objetivo principal estudar o envolvimento da criança numa intervenção cognitivo-comportamental dirigida a crianças com problemas de ansiedade, em que as crianças participaram num de três programas de grupo: 1) Programa Detetives das Emoções – Versão Centrada na Criança (PU-C/C); 2) Programa Detetives das Emoções – Versão Blended Centrada na Criança In-Out (Pu-C/C In-Out) e 3) Gato Habilidade.

De forma a responder às necessidades identificadas, surgem os seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o envolvimento das crianças dentro e fora das sessões.
- 2) Analisar o envolvimento das crianças ao longo das sessões, dentro e fora das mesmas. Como hipótese espera-se que o envolvimento se mantenha estável ao longo da terapia (Chu e Kendall, 2004).

3) Analisar a associação entre potenciais preditores do envolvimento da criança na intervenção e o envolvimento dentro e fora das sessões, incluindo variáveis sociodemográficas (i.e., a idade e o sexo), a intensidade da sintomatologia e a motivação para a mudança. Quanto a este objetivo, desenvolveram-se as seguintes hipóteses:

H1: As características sociodemográficas (i.e., a idade e o sexo) não estão associadas significativamente ao envolvimento dentro e fora das sessões (Chu e Kendall, 2004; Tobon et al., 2011).

H2: Uma maior intensidade da sintomatologia está associada a um menor envolvimento dentro e fora das sessões (Chu e Kendall, 2004; Lee et al., 2019).

H3: Uma maior motivação para a mudança está associada a um maior envolvimento dentro e fora das sessões (Lewis et al., 2009).

Desenho da Investigação

O presente estudo enquadra-se nas abordagens quantitativas e constitui um estudo observacional/correlacional, sem manipulação de variáveis. Obedece também às características de um estudo longitudinal, na medida em que se propõe a estudar o envolvimento das crianças dentro e fora das sessões, em diversos momentos, durante a implementação de um programa cognitivo-comportamental dirigido aos problemas de ansiedade.

Amostra

Neste estudo participaram 33 crianças com níveis elevados de sintomatologia ansiosa, com idades compreendidas entre os sete e os 12 anos ($\bar{x} = 9,64$; $DP = 1,71$). Das 33 crianças que iniciaram os programas de intervenção 20 (60,6%) crianças eram do sexo feminino e 13 (39,4%) do sexo masculino.

Medidas de Avaliação

Neste tópico serão descritos em detalhe os instrumentos e medidas utilizadas para a recolha de dados necessários ao estudo, de acordo com os objetivos supracitados.

Medidas de Resultado

Envolvimento Dentro das Sessões: Envolvimento da Criança Observado - Escala de Classificação do Envolvimento da Criança. Para medir o envolvimento foi utilizada a Escala de Classificação do Envolvimento da Criança, versão traduzida para português por Pereira e Pereira (2022) com base na escala original *Child Involvement Rating Scale* (CIRS; Chu e Kendall, 1999), que permite avaliar a frequência de comportamentos representativos do envolvimento da criança. Esta escala é composta por dez itens, seis que avaliam o envolvimento positivo e quatro que avaliam o envolvimento negativo da criança ao longo das sessões. A título de exemplo, um dos itens envolvimento positivo é: 1) A criança inicia a conversa e introduz tópicos novos relacionados com a sessão e um dos itens de envolvimento negativo é: A criança evita ou é passiva (e.g., não responde ao terapeuta). Os itens são classificados numa escala de *Likert* de seis pontos (0 = *Nada presente*; 1 = *Um pouco presente*; 2 = *Alguma presença*; 3 = *Moderadamente presente*; 4 = *Em larga medida presente* e 5 = *Muitíssimo presente*). Os itens de envolvimento negativo foram invertidos para efeitos de cotação.

No estudo de Chu e Kendall (2004) foram reportadas as seguintes características psicométricas relativas a uma versão mais curta da escala de envolvimento apenas com seis itens: consistência interna forte ($\alpha = 0,73$) e confiabilidade teste-reteste moderada (ICC = 0,59). Também no estudo de Tobon et al., (2011), realizado com a versão de 10 itens da escala de envolvimento, para o contexto de intervenção em grupo, foram reportadas características psicométricas semelhantes às descritas por Chu e Kendall (2004), com uma consistência interna forte ($\alpha = 0,89$) e confiabilidade teste-reteste forte

($ICC = 0,74$), indicando assim que esta medida de classificação pode ser aplicada em intervenções em formato de grupo.

Envolvimento Fora das Sessões: Adesão às Atividades para Casa. A adesão às atividades para casa, que corresponde, às atividades que a criança realizou entre sessões, foi medida através do número de tarefas concluídas pela criança em cada sessão e registada pelo terapeuta, numa escala de *Likert* em três pontos (0 = *Nenhuma*, 1 = *Parcial* e 2 = *Total*).

Medidas de Preditores

Características Sociodemográficas. As características sociodemográficas (idade e sexo) da criança foram obtidas através da resposta a questões de informação demográfica que constavam nos questionários preenchidos pelos progenitores. O sexo da criança foi codificado da seguinte forma (0 = *Feminino*) e (1 = *Masculino*).

Intensidade da Sintomatologia– Revised Children’s Anxiety and Depression Scale (RCADS). Para obter os dados referentes à intensidade da sintomatologia, foi utilizada a versão portuguesa, adaptada por Pereira e Pedro (2018), da *Revised Children’s Anxiety and Depression Scale (RCADS*; Chorpita et al., 2005), um questionário de auto-relato composto por 47 itens para as crianças e progenitores, projetados para avaliar sintomatologia relacionada com perturbações de ansiedade e depressão. Incorpora seis subescalas: Perturbação de Ansiedade de Separação (AS), Fobia Social (FS), Perturbação de Ansiedade Generalizada (AG), Perturbação de Pânico (P), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (OC) e Perturbação Depressiva Major (PD). Permite ainda obter uma escala de ansiedade total, composta pelo total das cinco subescalas de ansiedade e uma escala de internalização total, que corresponde à soma de todas as seis subescalas. Esta escala foi preenchida pelas crianças e pelos seus progenitores de acordo com a frequência que cada sintoma está presente na vida da

criança, numa escala de *Likert* de quatro pontos (0 = *Nunca*; 1 = *Às vezes*; 2 = *Muitas vezes*; 3 = *Sempre*). De acordo com o estudo de Chorpita et al., (2005), esta escala apresenta uma consistência interna boa, com os seguintes valores de *a*: AS = 0,78; FS = 0,87; AG = 0,84; P = 0,88; OC = 0,82; D = 0,87.

Motivação Para a Mudança – Escala de Avaliação da Motivação Para a Mudança – Criança. O nível de motivação para a mudança foi obtido através da Escala de Avaliação de Motivação para a Mudança, desenvolvida no âmbito do projeto de investigação mais alargado por Pereira e Moreira (2022). Esta escala é composta por seis questões: 1) Quanto é que desejas que estes problemas sejam resolvidos?; 2) Quanto é que estes problemas atrapalham a tua vida?; 3) Quão importante é para ti resolver estes problemas neste momento?; 4) Achas que o programa vai ajudar-te a resolver estes problemas?; 5) Achas que serás capaz de participar em todas as sessões do programa?; 6) Achas que serás capaz de fazer as atividades do programa?. Estas questões são respondidas numa escala de *Likert* de cinco pontos (0 = *Nada*; 1 = *Um pouco*; 2 = *Bastante*; 3 = *Muito*; 4 = *Muitíssimo*).

Procedimento

Procedimento de Recolha de Dados

O presente estudo encontra-se inserido em dois projetos de investigação mais alargados. Um primeiro projeto realizado no âmbito do Doutoramento de Ana Maria Pereira na Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, com orientação da Professora Doutora Ana Isabel Pereira, denominado de “Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais em Crianças – Versão Centrada na Criança: Estudo de aceitabilidade e eficácia numa amostra de crianças portuguesas” (PTDC/PSI/GER/0689/2020), realizado no Agrupamento de Escolas João Villaret, em Lisboa.

E um segundo projeto de investigação a decorrer em parceria com a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, designado de “Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Crianças (*PU-C*): Estudo multicêntrico para avaliar a aceitabilidade, viabilidade e eficácia da versão combinada do programa em Portugal” (PTDC/PSI/GER/0689/2020), coordenado pela Doutora Helena Moreira e pela Doutora Ana Isabel Pereira, conduzido na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e também na Escola Secundária Domingos Sequeira, em Leiria.

Para efeitos da realização do estudo foi requerida a autorização à Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e foram recolhidos todos os consentimentos informados para os cuidadores e assentimentos para as crianças.

A estratégia de recrutamento passou pela divulgação do estudo por diferentes agrupamentos escolares e serviços de psicologia e pedopsiquiatria no distrito de Lisboa e Leiria, e através da divulgação por diferentes meios de comunicação (*Instagram*, *Facebook*, página do projeto). Desta forma, trata-se de uma amostra intencional, não probabilística e homogénea, uma vez que é também uma amostra de conveniência com características específicas (i.e., problemáticas relacionadas com a ansiedade).

No primeiro projeto de investigação, o recrutamento dos participantes e a verificação dos critérios de elegibilidade foram realizados através de um rastreio de dificuldades relacionadas com a ansiedade, com dois momentos, no qual participaram 387 crianças. Após a recolha do consentimento dos pais e assentimento das crianças, as

crianças preencheram um questionário que avaliou a sintomatologia de ansiedade e depressão, com um intervalo de três semanas a um mês. Decorridos estes primeiros momentos de rastreio, foram verificados os critérios de elegibilidade. Neste projeto foram convidadas a participar numa sessão de avaliação posterior as famílias das crianças cujos resultados na avaliação se situaram num percentil igual ou superior a 80 na escala de ansiedade, em ambos os momentos de avaliação. A sessão de avaliação foi realizada com os objetivos de garantir a elegibilidade da criança e explorar detalhadamente quais as problemáticas/dificuldades atuais, bem como de realizar a avaliação pré-intervenção, onde as crianças e os pais preencheram um conjunto de questionários essenciais ao estudo. Após as avaliações individuais e a confirmação dos critérios de elegibilidade, foram convidados a participar na fase de intervenção 23 crianças e as suas famílias. Desses, quatro optaram por não participar no projeto, ainda antes de se proceder à randomização. Os restantes 19 participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas intervenções. Entre a etapa de randomização e as duas primeiras semanas de intervenção registaram-se quatro desistências adicionais, contando-se apenas com 15 participantes.

No segundo projeto de investigação, o recrutamento dos participantes foi feito através do encaminhamento de profissionais de saúde ou dos próprios pais que procuraram o programa após terem tido conhecimento do mesmo. A verificação dos critérios de elegibilidade e a avaliação pré-intervenção foi realizada através de sessões de avaliação na escola ou nas instalações da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Das 37 crianças avaliadas foram selecionadas 19 crianças que apresentaram um quadro clínico ou subclínico em que a perturbação principal era a perturbação de ansiedade. Posteriormente as 19 crianças selecionadas para integrar o estudo, foram distribuídas aleatoriamente pelas duas condições de intervenção. Ainda antes do projeto

ter início, uma das crianças, embora cumprisse os critérios, não dispunha de compatibilidade horária para estar presente nas sessões de intervenção, iniciando-se assim o projeto com apenas 18 crianças.

No primeiro projeto, considerava-se como critério de inclusão a criança obter uma pontuação acima do percentil 80, em ambos os momentos de avaliação. Por sua vez, no segundo projeto seguia-se como critério de inclusão a criança apresentar problemas de ansiedade clinicamente significativos. Para além disso, a idade da criança compreendida entre os sete e os 12 anos, era também considerada como um critério de inclusão em ambos os projetos.

Em ambos os projetos como critérios de exclusão foram considerados os seguintes aspetos: 1) os pais e/ou a criança não saberem falar, ler ou compreender de forma fluente a língua portuguesa; 2) impossibilidade dos pais e/ou as crianças não estarem presentes na maioria das sessões; 3) crianças com diagnóstico de perturbação do espectro de autismo, perturbação psicótica, perturbação bipolar ou diagnóstico principal de problemas de externalização; 4) presença de défices cognitivos e ideação suicida grave; 5) crianças sujeitas a intervenção psicofarmacológica não regularizada e 6) crianças a usufruir de acompanhamento psicológico em simultâneo.

Todos os dados relativos aos preditores de envolvimento (i.e., dados sociodemográficos, dados clínicos e motivação para a mudança) foram recolhidos durante a avaliação pré-intervenção. Terminada a administração do protocolo de avaliação pré-intervenção, procedeu-se à distribuição aleatória das crianças pelas duas condições de intervenção (Projeto 1: PU-C/C - Gato Habilidoso; Projeto 2: PU-C/C In-Out - Gato Habilidoso). Desta distribuição resultaram quatro grupos para o Projeto 1 e quatro grupos para o Projeto 2, constituídos por quatro a sete elementos cada.

Os programas de intervenção foram dinamizados por duas psicólogas clínicas com experiência prévia na intervenção cognitivo-comportamental de grupo com crianças desta faixa etária. Ambas as psicólogas receberam treino específico para a implementação do programa e durante a implementação do mesmo participaram em reuniões semanais de supervisão.

Os dados relativos ao envolvimento observado da criança no programa foram recolhidos ao longo de todas as sessões. Na recolha destes dados participaram quatro alunas de mestrado e uma psicóloga. Cada sessão foi codificada por pelo menos dois elementos da equipa de investigação que observaram as sessões de forma presencial. No entanto, foram consideradas apenas as classificações dos terapeutas responsáveis pela dinamização das sessões de intervenção, uma vez que apenas os terapeutas realizaram as classificações de todas as crianças dos respetivos grupos que dinamizavam. A observação da primeira sessão funcionou apenas como sessão de treino, após esta primeira sessão e serem discutidas todas as dúvidas de codificação, iniciou-se a recolha de dados para análise, que teve início a partir da segunda sessão.

Os dados referentes às atividades para casa foram recolhidos ao longo de todas as sessões pelas psicólogas que dinamizaram os grupos. Para as análises que se realizaram, foram consideradas apenas as crianças que participaram em mais do que uma sessão das intervenções a decorrer. Contando com um número total de 15 crianças no primeiro projeto e 18 crianças no segundo projeto, foram incluídos nas análises um total de 33 participantes, cujos dados foram recolhidos até à sessão oito. No decorrer das sessões, existe uma oscilação no número de participantes que pode estar relacionado com crianças que faltaram a determinadas sessões e/ou com crianças que interromperam a sua participação nos programas de intervenção. Após a recolha de informação juntamente das crianças e dos pais, foram identificados como principais motivos de

desistência a incompatibilidade horária, a dificuldade em adaptar as rotinas familiares e questões de interesse e motivação da criança.

Considerando as características dos projetos de intervenção, foram selecionadas para as análises referentes ao envolvimento observado da criança as sessões dois, quatro, seis e oito, uma vez que em ambos os projetos de intervenção estas sessões decorreram presencialmente. Para as análises referentes à adesão às atividades para casa foram consideradas as sessões dois, três, quatro, cinco, seis e sete.

Programa Detetives das Emoções – Versão Centrada na Criança (PU-C/C) e Versão Blended (PU-C/C In-Out)

O Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (PU), como referido anteriormente, inclui diversas estratégias de intervenção nas quais se incluem elementos de educação emocional, estratégias cognitivas tradicionais, estratégias de ativação e exposição comportamental e também estratégias comportamentais de 3º geração.

O programa PU-C/C Versão Centrada na Criança (PU-C/C) é composto por 15 sessões, presenciais e de grupo, para crianças, com uma duração de 90 minutos e três sessões de grupo para os pais focadas nas estratégias parentais e mais uma reunião intermédia com a família para partilha de informação e identificação de preocupações. Durante todo o programa são fornecidos aos pais materiais psicoeducativos, centrados nos conteúdos das sessões das crianças e também em estratégias (e.g., comportamentos emocionais parentais e comportamentos parentais opostos), uma vez que nesta versão do programa os pais adotam o papel de “coterapeutas”.

O programa PU-C/C Versão Blended (PU-C/C In-Out) consiste numa versão que combina sessões presenciais e online. Este programa é constituído por 15 sessões semanais com as crianças, distribuídas da seguinte forma: nove sessões presenciais, quatro sessões online autoguiadas e três sessões por videochamada. Aos pais foi pedido que participassem em 12 sessões online autoguiadas e três sessões em grupo por videochamada, com foco também nas estratégias parentais.

Programa O Gato Habilidoso

O Programa O Gato Habilidoso tem como objetivo dotar as crianças de capacidades para identificarem e reconhecerem os sinais de ansiedade e, de seguida, implementarem estratégias que ajudem na superação de situações que provocam ansiedade. Para o devido efeito, o programa combina estratégias comportamentais (e.g., modelagem, relaxamento, tarefas de exposição e controlo de contingências) com estratégias cognitivas (e.g., resolução de problemas, avaliação de competências pessoais e ameaça percebida) no decorrer de 16 sessões, divididas em duas secções, a primeira destinada à psicoeducação, onde são ensinadas estratégias de gestão da ansiedade (i.e., identificação da ativação fisiológica, relaxamento e reconhecimento de pensamentos ansiogénicos) e a segunda secção mais focada na exposição a situações indutoras de ansiedade e à resolução de problemas.

Neste programa, duas sessões são destinadas aos pais. A primeira destinada a transmitir informações aos pais, identificar formas específicas de como os pais se podem envolver no programa e também com o objetivo de os pais partilharem as suas preocupações e identificar situações ansiógenas para as crianças. A segunda sessão, já no segundo segmento da intervenção, tem igualmente o objetivo de partilhar informação, discutir preocupações parentais e acresce a elaboração da hierarquia de

exposição e a identificação de formas específicas de como os pais se podem envolver na segunda parte da intervenção.

Procedimento de Análise Estatística

Na tomada de decisão acerca dos procedimentos de análise estatística a realizar foram consideradas as características das variáveis de estudo, os objetivos do estudo e os pressupostos para a realização das análises. O tratamento estatístico dos dados foi concretizado no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Num primeiro momento, foram realizadas análises de consistência interna em relação a todas as medidas deste estudo, através do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach, considerando-se, de acordo com a literatura existente, valores aceitáveis entre a 0,60 e 0,70 (Clark e Watson, 2016).

Para os dados decorrentes do envolvimento observado da criança, medido através da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança, foram também analisadas as correlações item-total e as correlações médias entre itens, de forma a apoiar a unidimensionalidade de construto consideraram-se os intervalos recomendados (0,15 – 0,50) por Clark e Watson (2016). Para analisar e caracterizar o envolvimento da criança ao longo das sessões, dentro e fora das mesmas, foram realizadas análises de estatística descritiva e, posteriormente, verificados os pressupostos necessários para realizar as análises pretendidas. Por fim, com recurso à estatística inferencial, de forma a analisar o envolvimento ao longo do tempo, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon.

Para verificar as associações entre o envolvimento da criança na intervenção e as variáveis sociodemográficas e clínicas, como a idade, o sexo, a intensidade da sintomatologia e a motivação para a mudança, foram realizadas análises correlacionais, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson. Para interpretação dos valores

obtidos foram utilizados os seguintes critérios: valores inferiores a 0,30 indicam uma magnitude baixa; valores entre 0,30 e 0,60 indicam magnitude moderada e valores superiores a 0,60 indicam magnitude elevada (Akoglu, 2018).

Capítulo III – Apresentação e Análise de Resultados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados decorrentes da análise estatística realizada, que teve em consideração os objetivos do estudo, a análise dos pressupostos necessários e as características de cada variável.

Análises Preliminares da Medida Observacional do Envolvimento da Criança nas Sessões

Para efeitos da caracterização do envolvimento da criança nas sessões, foram analisados os dados decorrentes da escala de classificação de envolvimento da criança em quatro sessões (sessão dois, sessão quatro, sessão seis e sessão oito), apresentando-se de seguida os resultados por cada sessão.

Sessão Dois

Na Tabela 1, é possível observar a média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e correlação item-total (com item excluído) relativamente aos 10 itens da escala de classificação de envolvimento da criança, na sessão dois.

Nesta sessão, a escala de classificação do envolvimento da criança teve uma consistência interna boa ($\alpha = 0,86$), apresentando um intervalo de correlações item-total (com item excluído) de 0,83 a 0,87 e uma correlação média entre itens de 0,35, sugerindo a unidimensionalidade de construto. De entre os itens de envolvimento positivo cotados com valores mais elevados destaca-se a adesão às tarefas propostas pelo terapeuta (item três) e com valores mais baixos sugerir mudanças nas tarefas propostas (item dois). Em relação aos itens de envolvimento negativo, que se apresentam com uma cotação invertida, salienta-se a oposição às sugestões do terapeuta e atividades (item 10) e como item com pontuação mais baixa a distração das atividades terapêuticas (item nove).

Tabela 1*Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 2 (n=32)*

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>ITS r</i>
1. Inicia a conversa	2,31	1,69	0-5	0,83
2. Faz sugestões	0,56	0,98	0-3	0,87
3. Adere às tarefas e demonstra entusiasmo	3,44	1,27	1-5	0,83
4. Fornece informação	2,09	1,28	0-5	0,84
5. Faz questões ao terapeuta	1,47	1,24	0-4	0,84
6. Elabora os conteúdos	2,31	1,71	0-5	0,83
7. Não responde ao terapeuta (INV)	4,50	0,92	2-5	0,85
8. Não participa totalmente (INV)	4,38	1,07	1-5	0,84
9. Distrai-se das atividades (INV)	3,81	1,45	1-5	0,85
10. Opõe-se às sugestões do terapeuta e atividades (INV)	4,84	0,52	3-5	0,87

Notas: INV = Item invertido.**Sessão Quatro**

Na Tabela 2, constam os valores da média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e correlação item-total (com item excluído) relativamente aos 10 itens da escala, obtidos na sessão quatro.

Nesta sessão, a escala de classificação do envolvimento da criança teve uma consistência interna forte ($\alpha = 0,83$), apresentando um intervalo de correlações item-total (com item excluído) de 0,79 a 0,84 e uma correlação média entre itens de 0,32, encontra-se dentro dos valores recomendados que sugere a unidimensionalidade de construto. De entre os itens de envolvimento positivo cotados com valores mais elevados destaca-se a adesão às tarefas propostas pelo terapeuta (item três) e com valores mais baixos o sugerir mudanças nas tarefas propostas (item dois). Em relação aos itens de envolvimento negativo, que se apresentam com uma cotação invertida,

salienta-se a oposição às sugestões do terapeuta e atividades (item 10) e como item com pontuação mais baixa a distração das atividades terapêuticas (item nove).

Tabela 2

Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 4 (n=30)

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>ITS r</i>
1. Inicia a conversa	2,33	1,56	0-5	0,81
2. Faz sugestões	0,43	0,86	0-3	0,84
3. Adere às tarefas e demonstra entusiasmo	3,60	1,30	1-5	0,79
4. Fornece informação	2,27	1,74	0-5	0,81
5. Faz questões ao terapeuta	1,13	1,28	0-4	0,82
6. Elaborar os conteúdos	2,57	1,46	0-4	0,79
7. Não responde ao terapeuta (INV)	4,50	0,86	2-5	0,82
8. Não participa totalmente (INV)	4,17	1,26	1-5	0,80
9. Distrai-se das atividades (INV)	3,40	1,50	0-5	0,83
10. Opõe-se às sugestões do terapeuta e atividades (INV)	4,80	0,76	1-5	0,83

Notas: INV = Item invertido.

Sessão Seis

Na Tabela 3, estão identificados os valores da média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e correlação item-total (com item excluído) relativamente aos 10 itens da escala de classificação de envolvimento da criança obtidos na sessão seis.

Nesta sessão, a escala de classificação do envolvimento da criança teve uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0,77$), apresentando um intervalo de correlações item-total (com item excluído) de 0,69 a 0,81 e uma correlação média entre itens de 0,27, sugerindo a unidimensionalidade de construto. De entre os itens de envolvimento positivo cotados com valores mais elevados destaca-se a adesão às tarefas propostas pelo terapeuta (item três) e com valores mais baixos o sugerir mudanças nas tarefas

propostas (item dois). Em relação aos itens de envolvimento negativo, que se apresentam com uma cotação invertida, salienta-se a oposição às sugestões do terapeuta e atividades (item 10) e como item com pontuação mais baixa a distração das atividades terapêuticas (item nove).

Tabela 3

Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 6 (n=27)

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>ITS r</i>
1. Inicia a conversa	2,59	1,87	0-5	0,71
2. Faz sugestões	0,52	1,19	0-4	0,81
3. Adere às tarefas e demonstra entusiasmo	3,89	1,31	1-5	0,69
4. Fornece informação	1,74	1,40	0-4	0,73
5. Faz questões ao terapeuta	0,70	1,10	0-4	0,75
6. Elabora os conteúdos	2,59	0,89	1-4	0,76
7. Não responde ao terapeuta (INV)	4,81	0,62	2-5	0,76
8. Não participa totalmente (INV)	4,70	0,61	3-5	0,74
9. Distrai-se das atividades (INV)	3,70	1,20	1-5	0,76
10. Opõe-se às sugestões do terapeuta e atividades (INV)	4,93	0,39	3-5	0,77

Notas: INV = Item invertido.

Sessão Oito

Por fim, na Tabela 4, encontram-se os valores da média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e correlação item-total (com item excluído) relativamente aos 10 itens da escala de classificação de envolvimento da criança, da última sessão a ser considerada nas análises realizadas (sessão oito).

Nesta sessão, a escala de classificação do envolvimento da criança teve uma consistência interna forte ($\alpha = 0,84$), apresentando um intervalo de correlações item-total (com item excluído) de 0,80 a 0,86. À semelhança das sessões mencionadas acima,

a correlação média entre itens de 0,33, sugerindo a unidimensionalidade de construto. De entre os itens de envolvimento positivo cotados com valores mais elevados destaca-se a adesão às tarefas propostas pelo terapeuta (item três) e com valores mais baixos o sugerir mudanças nas tarefas propostas (item dois). Em relação aos itens de envolvimento negativo, que se apresentam com uma cotação invertida, salienta-se o não participar totalmente (item oito) e como item com pontuação mais baixa a distração das atividades terapêuticas (item nove).

Tabela 4

Análises da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança na Sessão 8 (n=27)

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>ITS r</i>
1. Inicia a conversa	2,81	1,76	0-5	0,82
2. Faz sugestões	0,26	0,76	0-3	0,86
3. Adere às tarefas e demonstra entusiasmo	3,52	1,05	1-5	0,80
4. Fornece informação	1,96	1,40	0-5	0,83
5. Faz questões ao terapeuta	0,37	0,84	0-3	0,85
6. Elabora os conteúdos	2,15	0,91	0-4	0,83
7. Não responde ao terapeuta (INV)	4,67	0,96	1-5	0,81
8. Não participa totalmente (INV)	4,70	0,72	2-5	0,84
9. Distrai-se das atividades (INV)	3,59	1,47	0-5	0,80
10. Opõe-se às sugestões do terapeuta e atividades (INV)	4,63	1,21	0-5	0,82

Notas: INV = Item invertido.

Análise do Envolvimento Da Criança Dentro e Fora das Sessões

Envolvimento Dentro das Sessões – Envolvimento da Criança Observado

Na Tabela 5, estão apresentadas as estatísticas descritivas do envolvimento da criança observado no decorrer das sessões dois, quatro, seis e oito.

Tabela 5

Média e Desvio Padrão do Envolvimento da Criança Observado no Decorrer das Sessões

	Sessão 2	Sessão 4	Sessão 6	Sessão 8
<i>M</i>	2,97	2,92	3,02	2,87
<i>DP</i>	0,84	0,82	0,65	0,74

Envolvimento Fora das Sessões – Adesão às Atividades para Casa

Na Tabela 6, estão apresentadas as estatísticas descritivas da adesão às atividades para casa no decorrer das sessões dois, três, quatro, cinco, seis e sete.

Tabela 6

Média e Desvio Padrão da Adesão às Atividades para Casa no Decorrer das Sessões

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7
<i>M</i>	1,74	1,70	1,25	1,23	1,50	1,44
<i>DP</i>	0,66	0,67	0,74	0,76	0,72	0,71

Caracterização da Evolução do Envolvimento da Criança ao Longo das Sessões

Envolvimento Dentro das Sessões – Envolvimento da Criança Observado

De forma a comparar o envolvimento da criança observado nos diferentes momentos de avaliação, foram considerados dois segmentos: Segmento 1 (sessão dois e quatro) e Segmento 2 (sessão seis e sessão oito).

Após as análises descritivas, foi realizada uma análise de normalidade ao envolvimento da criança observado com recurso ao teste de Shapiro-Wilk, uma vez que foram considerados quatro casos omissos. Não cumpridos os pressupostos necessários para realizar análises paramétricas, procedeu-se à utilização de testes não paramétricos.

Com recurso ao teste de Wilcoxon, pode-se observar que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro segmento e o segundo segmento da intervenção, $z = 210,50$; $p = 0,880$.

Envolvimento Fora das Sessões – Adesão às Atividades para Casa

Considerando o objetivo de caracterizar a evolução do envolvimento, fora das sessões, ao longo da intervenção, foram também criados dois segmentos: Segmento 1 (adesão às atividades nas sessões dois, três e quatro) e Segmento 2 (adesão às atividades nas sessões cinco, seis e sete).

Foi igualmente realizada uma análise de normalidade, com recurso ao teste de Shapiro-Wilk, considerando quatro casos omissos. Não cumpridos os pressupostos necessários para a realização de análises paramétricas, procedeu-se à utilização de testes não paramétricos, nomeadamente do teste Wilcoxon, onde se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo segmento da intervenção, $z = 41,50$; $p = 0,030$, apontando para um decréscimo na adesão às tarefas no segundo segmento da intervenção.

Análise dos Correlatos do Envolvimento da Criança: Características

Sociodemográficas, Sintomatologia Internalizante e Motivação para a Mudança

Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo)

Como se pode observar na Tabela 7, no que diz respeito à idade não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre esta e o envolvimento observado da criança nas sessões, bem como entre a idade e a adesão às atividades para casa.

Tabela 7

Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo) e o Envolvimento da Criança Observado e a Adesão às Atividades para Casa

	Idade	Sexo
Envolvimento Observado	-0,140	0,540**
Adesão Atividades Casa	-0,224	0,131

*Notas: **0,01*

Relativamente ao sexo, não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo da criança e a adesão às atividades para casa, contudo pode-se observar uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo da criança e o seu envolvimento observado. E esta relação positiva e de magnitude moderada indica que crianças do sexo masculino apresentaram um maior envolvimento nas sessões.

Sintomatologia Internalizante

Na Tabela 8, podem observar-se as estatísticas descritivas das diferentes dimensões de sintomatologia internalizante, a consistência interna das subescalas e a sua correlação com o envolvimento da criança observado e a adesão às atividades para casa.

Tabela 8*Correlações entre a Intensidade da Sintomatologia e o Envolvimento da Criança**Observado e a Adesão às Atividades para Casa*

	<i>AS</i>	<i>FS</i>	<i>AG</i>	<i>P</i>	<i>OC</i>	<i>A</i>	<i>D</i>	<i>PI</i>
<i>M</i>	9,39	14,69	11,13	9,21	7,39	51,82	9,94	61,76
<i>DP</i>	4,53	7,22	4,08	6,99	4,29	21,12	5,33	25,24
<i>a</i>	0,67	0,90	0,78	0,91	0,80	0,81	0,80	0,95
<i>EO</i>	-0,17	-0,57**	-0,31	-0,58**	-0,28	-0,54**	-0,55**	-0,57**
<i>AAC</i>	-0,18	-0,49**	-0,07	-0,35	-0,11	-0,36	-0,37*	-0,38*

Notas: AS = Perturbação de Ansiedade de Separação; FS = Fobia Social; AG = Perturbação de Ansiedade Generalizada; P = Perturbação de Pânico; OC = Perturbação Obsessivo-Compulsiva; A = Total de Ansiedade; D = Perturbação Depressiva; PI = Total Problemas de Internalização; EO = Envolvimento Observado; AAC = Adesão às Atividades para Casa

*0,05; ** 0,01

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento observado da criança nas sessões e a sintomatologia de perturbação de ansiedade de separação (AS), de perturbação de ansiedade generalizada (AG) e de perturbação obsessivo-compulsiva (OC). Por sua vez, é possível observar na Tabela 8, correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento da criança observado e a sintomatologia de perturbação de ansiedade social (FS), de perturbação de pânico (P), de perturbação depressiva (D) e também correlações estatisticamente significativas entre o envolvimento observado e o total da sintomatologia ansiosa (A) e o total de problemas de internalização (PI). Todas estas relações são negativas, de moderada magnitude e indicam que quanto maior é a sintomatologia de ansiedade social, de perturbação de pânico e depressiva, menor é o envolvimento.

No que diz respeito à adesão às atividades para casa, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre esta e a sintomatologia de perturbação

de ansiedade de separação (AS), de perturbação de ansiedade generalizada (AG), de perturbação de pânico (P), de perturbação obsessivo-compulsiva (OC). Também não foram observadas correlações entre a adesão às atividades para casa e o total da sintomatologia de ansiedade. Por outro lado, verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre a adesão às atividades para casa e a sintomatologia de perturbação de ansiedade social (FS), de perturbação depressiva (D) e também entre o total de problemas de internalização (PI). As relações referidas anteriormente apresentam-se como negativas, de moderada magnitude e revelam que quanto maior é a sintomatologia de ansiedade social, de perturbação depressiva e de problemas de internalização, menor é a adesão às atividades para casa.

Motivação Para a Mudança

Tabela 9

Correlações entre a Motivação para a Mudança e o Envolvimento da Criança Observado e a Adesão às Atividades para Casa

	Motivação para a Mudança
<i>M</i>	2,65
<i>DP</i>	0,78
<i>a</i>	0,72
<i>Envolvimento Observado</i>	0,034
<i>Adesão Atividades Casa</i>	-0,102

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 9, é possível afirmar que não foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre a motivação para a mudança e o envolvimento das crianças observado e também não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a motivação para a mudança e a adesão às atividades para casa

Capítulo IV – Discussão de Resultados

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados anteriormente apresentados, considerando o enquadramento teórico do presente estudo e os objetivos a que se propõe, especificamente analisar e caracterizar o envolvimento da criança ao longo das sessões, dentro e fora das mesmas e analisar os correlatos do envolvimento da criança ao longo das sessões (i.e., idade, sexo, intensidade da sintomatologia e motivação para a mudança).

Escala de Classificação do Envolvimento da Criança

Neste estudo foram analisadas as características psicométricas da Escala de Classificação do Envolvimento da Criança, versão adaptada para português. Esta escala que mantém os 10 itens (seis itens de envolvimento positivo e quatro itens de envolvimento negativo), revelou uma elevada consistência interna, apoiando os resultados obtidos em estudos anteriores (Tobon et al., 2011). Em todas as sessões selecionadas (i.e., sessão dois, sessão quatro, sessão seis e sessão oito) para análise, a escala apresentou níveis adequados do coeficiente alpha, um intervalo de correlações item-total adequado e foi possível, igualmente em todas as sessões, verificar que a correlação média entre itens aponta para a unidimensionalidade de construto. Desta forma, o instrumento utilizado revelou ser um instrumento fiável para avaliar o envolvimento da criança dentro das sessões.

Envolvimento das Crianças ao Longo das Sessões

A caracterização do envolvimento das crianças ao longo das sessões tomou em consideração, o envolvimento dentro das sessões e o envolvimento fora das sessões. Dentro das sessões foram observados níveis de envolvimento moderados e, fora das sessões, a adesão às atividades para casa apresentou um nível moderado a moderado elevado.

Os resultados das análises realizadas indicam que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o envolvimento durante a sessão observado no primeiro segmento da intervenção (sessão dois e sessão quatro) e no segundo segmento da intervenção (sessão seis e sessão oito). Estes resultados não são consistentes com estudos anteriores, dado que no estudo de Chu e Kendall (2004), onde foi igualmente analisado o envolvimento de crianças num programa de intervenção, os resultados indicam que as crianças experienciavam flutuações no envolvimento ao longo da intervenção e a maior parte dessas mudanças ocorria no sentido negativo.

O envolvimento das crianças fora das sessões foi medido através da adesão às atividades para casa (i.e., atividades entre sessões), registadas pelo terapeuta no decorrer da intervenção. Relativamente ao envolvimento fora das sessões, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro segmento da intervenção (sessão dois, sessão três e sessão quatro) e o segundo segmento da intervenção (sessão cinco, sessão seis e sessão sete), apontando para um decréscimo na adesão às atividades para casa no segundo segmento da intervenção. Estes resultados são consistentes com os resultados encontrados por Woody e Adessky (2002), onde foi igualmente observado que os pacientes se tornavam menos aderentes às atividades para casa no decorrer da terapia.

Considerando o tamanho dos grupos e as desistências que foram ocorrendo ao longo dos programas de intervenção, pode apontar-se como possível razão para estes resultados, que indicam uma estabilização no envolvimento dentro das sessões (i.e., envolvimento da criança observado) e um decréscimo no envolvimento fora das sessões (i.e., adesão às atividades para casa), o facto de os grupos serem formados cada vez por menos crianças, o que pode contribuir para a desmotivação e, por conseguinte uma estabilização do envolvimento e/ou menor adesão às tarefas. Algumas razões apontadas

também pelos pais das crianças que desistiram da intervenção estavam relacionadas com a pouca disponibilidade para acompanhar a participação das crianças na intervenção e, conseqüentemente, a ajuda despendida pelos pais na realização das atividades para casa. Apesar dos terapeutas reforçarem a importância da realização das atividades e do acompanhamento necessário, algumas crianças indicavam esquecimento ou falta de tempo para as realizar.

Potenciais Preditores do Envolvimento da Criança na Intervenção

Variáveis Sociodemográficas (Idade e Sexo)

No que diz respeito à idade, os resultados do presente estudo revelam a ausência de associações significativas entre a idade e o envolvimento da criança observado e a adesão às atividades para casa. Neste sentido, pode concluir-se que a idade da criança não constitui um preditor de maior envolvimento nas sessões, corroborando, assim, a hipótese levantada. Apesar de no estudo de Tobon e colaboradores (2011) ter sido observado que crianças mais velhas se envolviam mais nas sessões, a par de se sentirem mais confortáveis e menos intimidadas pelas restantes crianças do mesmo grupo e, possivelmente, mais encorajadas a participar ativamente na terapia, os resultados do presente estudo vão de encontro aos resultados apresentados por Chu e Kendall (2004), onde também a idade não foi preditor de um maior envolvimento da criança.

Relativamente ao sexo da criança, os resultados revelam uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e o envolvimento observado da criança, o que indica que crianças do sexo masculino se envolveram mais nas sessões. Contudo, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre o sexo da criança e a adesão às atividades para casa. Desta forma, contrariamente à hipótese levantada, o sexo da criança pode constituir-se como um preditor de envolvimento desta nas sessões. Este resultado, em particular, não é consistente com os resultados

encontrados no estudo de Chu e Kendall (2004) e no estudo de Tobon et al., (2011), onde foram igualmente analisadas as relações entre estas variáveis e o envolvimento, com recurso à mesma escala ou a adaptações desta, e não foram encontradas associações entre o sexo da criança e o envolvimento ao longo das sessões.

Embora este resultado não seja fundamentado pela literatura prévia, pode colocar-se a hipótese de que as diferenças observadas entre crianças do sexo feminino e masculino em termos do envolvimento na sessão possam ser explicadas por diferenças na intensidade da sintomatologia de internalização.

Sintomatologia Internalizante

A literatura revista sugere que as características clínicas das crianças, nomeadamente a intensidade da sintomatologia, podem estar associadas a uma desistência prematura das intervenções (Pellerin et al., 2010) e desta forma também impactar o envolvimento. Relativamente ao envolvimento observado, os resultados do presente estudo indicam que crianças que apresentam uma maior sintomatologia de ansiedade social, de perturbação de pânico e/ou perturbação depressiva, envolveram-se menos nas sessões de intervenção. Por seu lado, quanto à adesão às atividades para casa, os resultados indicam que crianças com maior sintomatologia de ansiedade social e perturbação de depressiva revelaram uma menor adesão às atividades para casa. Deste modo, confirma-se a hipótese anteriormente formulada de que uma maior intensidade da sintomatologia prediz um menor envolvimento.

Os resultados do presente estudo (i.e., crianças com perturbação de ansiedade social e perturbação depressiva revelam menor envolvimento) não são consistentes com as descobertas apontadas por Lee et al., (2019), onde crianças com maior número de perturbações de internalização em comorbilidade e menor número de perturbações de externalização, foram classificadas como mais envolvidas pelo terapeuta, apontando

como razão o facto de crianças com mais sintomas de internalização, estarem sujeitas a um maior stress e, por esse motivo, apresentarem uma maior motivação para se envolverem na terapia,

Considerando as características do presente estudo e da sua aplicação em formato de grupo, podem-se apontar algumas possíveis explicações para o facto de crianças com maior sintomatologia de ansiedade social se envolverem menos. Por exemplo, nos estudos que têm sido conduzidos com o objetivo de comparar as terapias individuais com as terapias em formato de grupo, tem-se verificado por parte das crianças uma ligeira preferência por terapias individuais, especialmente quando se trata de crianças com ansiedade social (Liber et al., 2008). Adicionalmente, existem particularidades no tratamento com recurso a terapias cognitivo-comportamentais de crianças com ansiedade, pois estas apresentam-se como mais evitantes e mais inibidas, o que pode condicionar o seu nível de envolvimento (Chu e Kendall, 2004).

Isto pode ser particularmente relevante em crianças com ansiedade social, uma vez que estas apresentam características, tais como competências de socialização pobres, sensibilidade a situações de avaliação e evitamento social (Woody e Adessky, 2002), que podem levantar desafios no que diz respeito à colaboração entre o terapeuta e a criança e, deste modo, condicionar o envolvimento da criança.

No que diz respeito ao resultado que indica que crianças com perturbação depressiva se envolvem menos nas sessões e apresentam igualmente menor adesão às atividades para casa, este é consistente com estudos prévios realizados com adolescentes, onde foi encontrada uma correlação baixa a moderada entre a adesão às atividades para casa e os resultados do tratamento, contudo ainda que os adolescentes tivessem completado metade das atividades, estes dados estão distantes do que se esperava (Clarke et al., 1992). Outro aspeto que pode estar na base de crianças e jovens

com perturbação depressiva se envolverem menos na terapia e aderirem menos às atividades para casa, pode estar relacionado com o perfil de sintomatologia marcado por défices de competências comportamentais e cognitivas, bem como baixos níveis de envolvimento em atividades agradáveis, fraca capacidade de resolução de problemas e distorções cognitivas e as suas implicações no resultado de terapias cognitivo-comportamentais (Compton et al., 2004).

Assim, a associação entre a sintomatologia de internalização e o envolvimento da criança na intervenção pode ser muito influenciada pelo tipo de problemática.

Motivação Para a Mudança

No que diz respeito à motivação para a mudança, os resultados revelam não existir associação entre a motivação para a mudança e o envolvimento observado da criança ou a adesão às atividades para casa, uma vez que não se verificaram correlações estatisticamente significativas. Neste sentido, contrariamente à hipótese colocada no início do estudo e aos resultados encontrados em estudos com adolescentes (Lewis et al., 2009), uma maior motivação da criança não está associada a um maior envolvimento desta na intervenção. No entanto, a motivação para a mudança foi apenas medida no início do decorrer da intervenção em investigações futuras, será benéfico avaliar a motivação para a mudança em diversos momentos, especificamente antes da intervenção iniciar, no ponto médio da intervenção (i.e., antes das sessões de exposição) e perto do final da intervenção.

Uma hipótese explicativa para não se ter observado uma relação entre a motivação para a mudança e o envolvimento da criança, bem como a adesão às atividades, pode estar relacionada com o facto desta motivação ter sido medida apenas num único momento e, desta forma, não termos indicação se no decorrer da intervenção a criança dispunha de outra motivação e a forma como esta poderia impactar o seu

envolvimento. Por sua vez, a motivação para a mudança medida no início da terapia pode ser influenciada pelo desconhecimento prático de como decorreriam as sessões de intervenção, visto que algumas crianças e pais apontaram como razão para a desistência deste programa de intervenção a falta de reconhecimento da necessidade e dos benefícios deste programa, bem como afirmações da criança que indicavam que após a primeira sessão já saberia o que teria de fazer para lidar com a sua problemática.

Capítulo V – Considerações Finais

Contribuições

O presente estudo contribui para aumentar o conhecimento no que diz respeito ao envolvimento das crianças dentro e fora das sessões em tratamentos de formato grupal, que revelam ser vantajosos, na intervenção com perturbações emocionais. Em termos práticos, saber como se caracteriza o envolvimento e que preditores lhe estão associados, permite identificar quais devem ser mais trabalhados e como formular estratégias para que o envolvimento das crianças nas intervenções seja maior. Adicionalmente, este estudo acrescenta uma novidade aos estudos que têm sido realizados no domínio do envolvimento das crianças em terapia, particularmente porque analisa o envolvimento não apenas dentro das sessões, mas também fora das sessões com recurso às atividades para casa.

Neste sentido, é importante refletir sobre alguns dos resultados obtidos e as implicações clínicas dos mesmos. A avaliação do envolvimento da criança ao longo da intervenção é um aspeto essencial. A compreensão de sinais de que a criança não está envolvida ou não está motivada, pode ser uma mais-valia para os terapeutas se dotarem de ferramentas essenciais para melhorar tais aspetos como, por exemplo, dinamização das sessões e melhorias na aliança terapêutica.

A adesão às atividades para casa ao longo das sessões é bastante importante, como referido na literatura revista, pois ajuda na aquisição, manutenção e generalização das aprendizagens e, neste sentido, a diminuição da adesão às mesmas, pode comprometer os resultados que se esperam com a intervenção. A menor adesão às atividades ao longo da intervenção pode fornecer ao terapeuta sinais de que a criança não se encontra motivada. Desta forma, será importante perceber os sinais que as crianças transmitem e, identificar não só o que está na base deste menor envolvimento e adesão (e.g., falta de tempo para realizar as atividades; falta de interesse; dinâmicas familiares desajustadas; outra problemática associada), mas também identificar formas de motivar a criança a envolver-se mais. Algumas formas para motivar a criança na adesão às atividades podem passar pelo reforço e pela recompensa, que poderá ser combinada em conjunto entre o terapeuta e a criança, de acordo com o que esta mais se identifica ou que tipo de reforço e/ou recompensa poderá funcionar para a criança em específico.

Relativamente aos resultados obtidos nos correlatos de sintomatologia, nos quais se verificou que crianças com perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico e perturbação depressiva, se envolveram menos nas sessões e crianças com ansiedade social e perturbação depressiva aderiram menos às atividades para casa, é importante compreender que crianças com ansiedade social podem envolver-se menos em terapias em formato de grupo, derivado da natureza da perturbação e da forma como esta se manifesta. Apesar dos benefícios da aplicação de intervenções em formato de grupo e também da aplicação de abordagens transdiagnósticas, é importante considerar alguns aspetos que podem melhorar a experiência de crianças com ansiedade social ou perturbação depressiva, nomeadamente combinar sessões em particular com a criança, selecionar atividades para realizar em sessão que não sejam propensas a aumentar o

nível de ansiedade da criança nas sessões mais iniciais, mas que simultaneamente e gradualmente permitam a criança ultrapassar os seus medos.

Limitações

O presente estudo, apesar das contribuições anteriormente mencionadas, apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra. Apesar de terem sido recrutadas e avaliadas um número considerável de crianças, após a elegibilidade de critérios e a seleção, iniciaram apenas 33 crianças. Destas, como já mencionado, algumas interromperam a sua participação ao longo do programa, o que, por sua vez, reduz ainda mais o tamanho da amostra e dificulta a generalização destes resultados para a população da mesma faixa etária.

Comparativamente a outros estudos, com o objetivo de analisar o envolvimento nos diferentes segmentos da intervenção, incluindo as sessões iniciais de transmissão de conhecimentos e aquisição de competências e sessões de exposição, o presente estudo analisou apenas as sessões mais iniciais, anteriores às sessões de exposição. Tal aspeto pode limitar o avanço do conhecimento no sentido de perceber o impacto das tarefas de exposição no envolvimento, que fatores estão associados particularmente a esta fase da intervenção e ao envolvimento da criança e que medidas devem ser tomadas para contribuir para um maior envolvimento.

Referências Bibliográficas

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, 18(3), 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Child psychopathology*, 2, 279-329.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy*, 47(6), 838-853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 903-912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Boomsma, D. I., Van Beijsterveldt, C. E. M., & Hudziak, J. J. (2005). Genetic and environmental influences on Anxious/Depression during childhood: a study from the Netherlands Twin Register. *Genes, Brain and Behavior*, 4(8), 466-481. <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2005.00141.x>
- Braswell, L., Kendall, P. C., Braith, J., Carey, M. P., & Vye, C. S. (1985). “Involvement” in cognitive-behavioral therapy with children: Process and its relationship to outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 611-630.

- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105. <https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British journal of clinical psychology*, 43(4), 421-436. <https://doi.org/10.1348/0144665042388928>
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, 150-171.
- Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 309-322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (1999). Child Involvement Rating Scale (CIRS): Scoring manual. *Unpublished coding manual*.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 821. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.821>

- Chu, B. C., Suveg, C., Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2010). Involvement shifts, alliance ruptures, and managing engagement over therapy.
<https://doi.org/10.1037/12139-003>
- Clark, L. A., & Watson, D. (2016). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. <https://doi.org/10.1037/14805-012>
- Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J., Seeley, J. R., & Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23(3), 341-354.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80162-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80162-5)
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf>
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>
- Davis III, T. E., May, A., & Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 592-602.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.001>

- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 279-294.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 313-337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.003>
- Ehrenreich-May, J., & Chu, B. C. (2013). Overview of transdiagnostic mechanisms and treatments for youth psychopathology. *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practices*, 3-14.
- Fennell, M. J., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive therapy and research*, 11(2), 253-271. <https://doi.org/10.1007/BF01183269>
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278. <https://doi.org/10.1023/A:1005500219286>
- Friedberg, R. D., & Clark, C. C. (2006). Supervision of cognitive therapy with youth. In T. K. Neill (Ed.), *Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy* (pp. 109–122). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11467-006>

- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. *Child psychopathology*, 2, 233-278.
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. Springer Science & Business Media.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375.
<https://doi.org/10.1037/a0035491>
- Howgego, I. M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 169-183.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x>
- Hudson, J. L. (2005). Efficacy of cognitive-behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Change*, 22(2), 55-70.

James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>

Kazantzis, N., & L'Abate, L. (2005). *Theoretical foundations*. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy*. New York: Routledge.

Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., & Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: A meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 47(5), 755-772. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.002>

Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental health services research*, 2, 27-40. <https://doi.org/10.1023/A:1010191807861>

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.366>

Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing.

Kendall, P. C., Hudson, J. L., 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(2), 282. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*, 49(12), 1002-1014. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01129-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01129-5)
- King, G., Currie, M., & Petersen, P. (2014). Child and parent engagement in the mental health intervention process: A motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 2-8. <https://doi.org/10.1111/camh.12015>
- Lee, P., Zehgeer, A., Ginsburg, G. S., McCracken, J., Keeton, C., Kendall, P. C., ... & Compton, S. (2019). Child and adolescent adherence with cognitive behavioral therapy for anxiety: predictors and associations with outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S215-S226. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1310046>
- Lenz, A. S. (2015). Meta-analysis of the coping cat program for decreasing severity of anxiety symptoms among children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 1(2), 51-65. <https://doi.org/10.1080/23727810.2015.1079116>
- Lewis, C. C., Simons, A. D., Silva, S. G., Rohde, P., Small, D. M., Murakami, J. L., ... & March, J. S. (2009). The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 422. <https://doi.org/10.1037/a0014154>
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Gastel, W. V., & Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus

individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886-893.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>

Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior therapy*, 41(2), 172-186.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.003>

Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S., & Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423-1430.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00013>

Martin, P., Murray, L. K., Darnell, D., & Dorsey, S. (2018). Transdiagnostic treatment approaches for greater public health impact: Implementing principles of evidence-based mental health interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12270. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12270>

Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (2016). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression—Republished article. *Behavior Therapy*, 47(5), 747-754.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.013>

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical child*

and family psychology review, 8, 149-166. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0>

Nock, M. K., Ferriter, C., & Holmberg, E. (2007). Parent beliefs about treatment credibility and effectiveness: Assessment and relation to subsequent treatment participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 27-38.

Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 521-531.

Pellerin, K. A., Costa, N. M., Weems, C. F., & Dalton, R. F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community mental health journal*, 46, 273-281.

<https://doi.org/10.1007/s10597-009-9285-5>

Pereira, A. I., e Pedro, M. (2018), Versão Portuguesa da *Revised Children's Anxiety and Depression Scale*. Documento não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Pereira, A. M., & Pereira, A. I. (2022). Versão portuguesa da Escala de classificação do envolvimento da criança. Documento não publicado. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Pereira, A. I., & Moreira, H. (2022). Escala de Motivação para a Mudança. Documento não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Piotrowska, P. J., Tully, L. A., Lenroot, R., Kimonis, E., Hawes, D., Moul, C., Frick P.J., Anderson V., & Dadds, M. R. (2017). Mothers, fathers, and parental systems: A conceptual model of parental engagement in programmes for child mental

- health—Connect, Attend, Participate, Enact (CAPE). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 146-161.
- Podell, J. L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Puleo, C. M., & Kendall, P. C. (2010). The Coping Cat Program for anxious youth: The FEAR plan comes to life. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 132-141.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.001>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Prochaska, J. O. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in behavior modification*, 28.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 147-171.
- Rees, C. S., McEvoy, P., & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(4), 242-247. <https://doi.org/10.1080/16506070510011548>
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 32(4), 251-262. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>

- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(6), 995. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.995>
- Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Tee, J., & Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice, 18*(1), 47. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01234.x>
- Tobon, J. I., Eichstedt, J. A., Wolfe, V. V., Phoenix, E., Brisebois, S., Zayed, R. S., & Harris, K. E. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for anxiety in a clinic setting: Does child involvement predict outcome?. *Behavior therapy, 42*(2), 306-322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.008>
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 9*(1), 4-18. <https://doi.org/10.1002/erv.390>
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and anxiety, 27*(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social

phobia. *Behavior Therapy*, 33(1), 5-27. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80003-X)

Yatchmenoff, D. K. (2005). Measuring client engagement from the client's perspective in nonvoluntary child protective services. *Research on social work practice*, 15(2), 84-96. <https://doi.org/10.1177/1049731504271605>