

## Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse

PRHAVIDA Program preliminary outcomes in children with clinical scores of anxiety, depression and stress

Patrícia Cavalari Nardi, Isabela Maria Freitas Ferreira, Carmem Beatriz Neufeld

Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.  
Av. Bandeirantes, 3900, Bloco 5, Sala 29, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil.  
patriciacnardi@gmail.com, isa\_mff@yahoo.com.br, cbneufeld@usp.br

**Resumo.** A infância é uma fase repleta de desafios. As crianças passam por diversas situações, positivas e negativas, que requerem delas recursos para enfrentá-las. Quando os eventos se tornam opressivos, elas podem não estar preparadas para a resolução de conflitos, acarretando sintomas psicológicos como ansiedade, estresse e depressão. Uma alternativa para lidar com os desafios da infância são as intervenções embasadas na abordagem Cognitivo-Comportamental, destinadas a promover saúde mental com enfoque nas habilidades sociais e de vida. Este artigo objetiva apresentar e avaliar os resultados preliminares da aplicação do Programa de Promoção de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA) em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. Participaram 16 crianças de 8 a 10 anos. Os instrumentos utilizados foram: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças, Escala de Stress Infantil e Children's Depression Inventory. O estudo envolveu o delineamento pré-experimental com aplicação dos instrumentos antes e após o programa. Como resultados, encontrou-se uma redução estatisticamente significativa dos escores de depressão no pós-teste quando comparados ao pré-teste. Não foram encontradas diferenças nos escores de ansiedade e estresse. O estudo levanta hipóteses de que são necessários ajustes no programa para atender a demanda das crianças com sintomatologia de ansiedade e estresse. No entanto, o programa tem efeitos positivos para sintomas de depressão infantil e, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento saudável das crianças, bem como atende seu objetivo de ser promotor de saúde mental infantil.

**Palavras-chave:** promoção em saúde mental infantil, habilidades de vida, terapia cognitiva-comportamental.

**Abstract.** Childhood is a stage full of challenges. Children go through various situations, positive and negative, requiring from them resources to face them. However, when events become oppressive, they may not be prepared for conflict resolution, which can result in psychological symptoms such as anxiety, stress and depression. An alternative to dealing with the challenges of childhood are interventions based on the Cognitive-Behavioral approach, designed to promote mental health with a focus on social and life skills. This article aims to present and evaluate the preliminary outcomes of the appli-

cation of the Life Skills Promotion Program (PRHAVIDA) in children with clinical scores of anxiety, depression and stress. The study included 16 children aged between 8 and 10 years. The instruments used were: Multidimensional Anxiety Scale for Children – MASC; Child Stress Scale; and Children’s Depression Inventory. The study involved a pre-experimental design with application of assessment instruments before and after the intervention. The results found a statistically significant reduction in depression scores at post-test compared to the pre-test. There were no differences in anxiety and stress scores. The study raises the hypothesis that adjustments are needed in the program to meet the demand of children with anxiety and stress symptomatology. However, the program has positive effects for children’s depression symptoms and therefore contributes to the healthy development of children as well as fulfills its goal of being a promoter of child mental health.

**Keywords:** promotion of children’s mental health, life skills, cognitive-behavioral therapy.

---

## Introdução

A infância é um período de grande desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. É nesta fase que a estimulação pode maximizar os aspectos positivos da criança e influenciar o amadurecimento. Com o desenvolvimento, as crianças tomam consciência de seus sentimentos e dos sentimentos dos outros, tornando-se assim mais empáticas e pró-sociais. Quando este crescimento ocorre, é considerado um sinal de adaptação positiva ao meio em que estão inseridas, além de afetar suas concepções sobre si mesmas, sua autoestima e autoconceito (Barry *et al.*, 2013).

Entretanto, a infância é uma fase repleta de desafios. Com o passar dos anos as crianças deparam-se com inúmeras situações diferentes, positivas e negativas, que lhes requerem recursos para enfrentá-las. Eventos estressantes tais como mudança de casa e/ou escola, nascimento de irmãos, hospitalizações fazem parte desta etapa da vida, e uma parcela das crianças aprende a lidar com elas. No entanto, quando esses eventos são opressivos, as crianças podem não estar preparadas para a resolução destes conflitos, acarretando problemas emocionais e comportamentais. Além disso, graves estressores podem ter efeito a longo prazo no bem-estar físico e psicológico (Lipp *et al.*, 2014; Barry *et al.*, 2013; Timmermans *et al.*, 2010).

Uma das consequências desses eventos que vem crescendo na população infantil é o estresse. Ele é caracterizado como o processo em que eventos ambientais são interpretados e avaliados pelo indivíduo como uma demanda superior aos seus recursos, podendo colocar

em risco seu bem-estar (Vanaelst *et al.*, 2012). No caso do estresse infantil, este pode irritar, amedrontar, confundir e/ou incomodar a criança de alguma forma (Lipp *et al.*, 2014).

Embora as crianças nem sempre reconheçam sua susceptibilidade ao estresse, a exposição excessiva e crônica a situações estressantes na família, escola, problemas de saúde, não é incomum (Vanaelst *et al.*, 2014). As crianças que tem maior dificuldade em desenvolver ou adquirir estratégias de enfrentamento e resiliência, e/ou apresentam um repertório empobrecido de habilidades para a vida estão mais vulneráveis a desenvolverem sintomas de estresse patológico, comprometendo seu desenvolvimento, uma vez que seus comportamentos se tornam limitados e oprimidos, conseqüentemente evitam atitudes e posturas que as outras crianças executam com maior facilidade. O estresse sofrido para enfrentar as situações entendidas como ameaçadoras contribui para que a criança reforce a baixa autoestima e comprove a baixa autoeficácia, que, em geral, já se encontram na percepção da criança. Quando a criança não aprende a lidar com o estresse, nem com as situações que o desencadeiam, ela poderá vir a ser um adulto com menos recursos de enfrentamento, tornando-se, assim, mais frágil e suscetível às enfermidades e adversidades da vida (Lipp *et al.*, 2014).

Este quadro de estresse abre portas para que outras psicopatologias se desenvolvam na criança, pois as condições de estresse constante podem comprometer as funções fisiológicas, psicológicas e cognitivas da criança (Filgueiras *et al.*, 2013), tornando-a mais suscetível para desenvolver outros sintomas e/ou transtornos

psicopatológicos, como por exemplo, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Lee *et al.*, 2010), transtornos ansiosos, depressivos, entre outros (Vanaelst *et al.*, 2012).

A ansiedade é um problema de saúde comum entre as crianças (Rapee, 2015). Entendido como um sistema de respostas cognitivas, afetivas, comportamentais e fisiológicas que é ativado diante de eventos considerados estressantes, aversivos e/ou ameaçadores pelo indivíduo (Clark e Beck, 2012). Os principais efeitos da ansiedade na infância são as poucas habilidades sociais e de enfrentamento, baixa autoestima e desempenho acadêmico, podendo afetar o bem-estar geral da criança. Além disso, os sintomas de ansiedade na infância podem ser fatores de risco para outras doenças psiquiátricas e preditores para transtornos de ansiedade em adultos (Rapee, 2015).

Caíres e Shinohara (2010) ressaltam que mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa. A depressão na infância, normalmente, está associada à baixa autoestima, ao isolamento social, à queda no rendimento escolar e ao uso de substâncias (Martinsen *et al.*, 2014; Meinzer *et al.*, 2014). A depressão está presente cada vez mais na população infantil, podendo ser muitas vezes crônica, recorrente, causando prejuízos e limitações que estão associadas a consequências para toda a vida (Pennant *et al.*, 2015).

Para lidar com estes desafios é necessário que, cada vez mais, as crianças sejam auxiliadas a desenvolverem competência e habilidades sociais (HS). As HS são entendidas como uma classe de atitudes e ações sociais com o objetivo de estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis e eficazes, contribuindo para a competência social. Esta, por sua vez, diz respeito a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e comportamentos do indivíduo com seu objetivo e sua relação com o outro, levando em consideração o contexto e cultura em que está inserido (Del Prette e Del Prette, 2009). Ambas são consideradas indicadores de ajustamento psicossocial e de uma perspectiva positiva como fatores de proteção para um desenvolvimento saudável, assim como o contrário também é verdadeiro, pois repertórios comportamentais empobrecidos podem resultar em problemas psicológicos (Müller *et al.*, 2014).

As HS podem ser consideradas partes das habilidades para a vida (HV), que por sua vez são responsáveis por desenvolver no indivíduo

capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem ajudá-los a lidar melhor com as demandas cotidianas (Gorayeb, 2002; Jones e Lavalley, 2009; WHO, 1997). Alguns exemplos de HV propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) são: pensamento criativo e crítico, comunicação eficaz, tomada de decisão, autoconhecimento, empatia, lidar com as emoções e o estresse, e resolução de problemas.

Uma vez que as HS e HV contribuem para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento da criança, elas podem se tornar as bases para programas de promoção, prevenção e intervenção para a população infanto-juvenil. Na literatura, atualmente, a inserção de programas de saúde mental para crianças e adolescentes tem recebido atenção crescente. Estes, não são apenas específicos para intervenção, mas também há programas de prevenção de sintomas e transtornos, e promoção de saúde mental universal, os quais têm o intuito de promover autoconhecimento, psicoeducação e habilidades de enfrentamento para que essa população tenha um desenvolvimento saudável e consiga lidar de forma positiva com as demandas cotidianas (Nardi *et al.*, 2015).

Um programa específico para promoção de habilidades para a vida para crianças e adolescentes foi desenvolvido por Neufeld *et al.* (2014), denominado Programa de Promoção de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA). Esse programa foi criado nos anos de 2009 e 2010, destinados a grupos de crianças e adolescentes em contexto escolar, com o objetivo de promover saúde mental, por meio do treinamento de HS e HV, embasados na Terapia Cognitivo-Comportamental.

Cabe ressaltar que a escola tem desempenhado um importante papel como facilitador no campo das práticas preventivas e de promoção de saúde, principalmente com as crianças, uma vez que é um ambiente que permite diversos tipos de intervenções. Assim, as escolas podem assumir um papel pioneiro na efetivação de programas promotores de saúde e qualidade de vida (Bergnehr e Nelson, 2015; Lipp *et al.*, 2002). No entanto, ainda são escassos na literatura nacional estudos que apontam os resultados de programas de promoção de saúde para crianças na escola (Marin e Fava, 2016).

A proposta inicial da pesquisa era verificar resultados preliminares obtidos a partir da aplicação do PRHAVIDA em dois grupos de crianças do tipo intervenção. No entanto, verificou-se que na amostra estudada, 72,7% (n=16) das crianças apresentaram algum esco-

re clínico. Dessa forma, julgou-se necessário investigar mais especificamente o efeito de tal intervenção para essa amostra específica, sendo assim o objetivo do atual trabalho foi apresentar e avaliar os resultados preliminares da aplicação do PRHAVIDA nos dois grupos de crianças que obtiveram no mínimo um escore clínico de ansiedade, depressão ou estresse, a fim de avaliar os efeitos deste programa nesta amostra específica.

## Método

### Participantes

O estudo contou com a participação de 16 crianças do 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola municipal da cidade de Ribeirão Preto (SP), na qual nove crianças participaram no ano de 2011, representando o grupo G1 e sete crianças no ano de 2012, integrando o grupo denominado G2. Considerando os dois grupos, compuseram a amostra nove meninos e sete meninas, com idade média de 8 anos e 5 meses ( $DP=0,70$ ). As crianças que apresentaram ansiedade clínica somam 62,5% ( $n=10$ ) da amostra. As crianças com sintomas clínicos de depressão somam 50,0% ( $n=8$ ), e 18,75% ( $n=3$ ) dos participantes apresentaram sintomas clínicos de estresse.

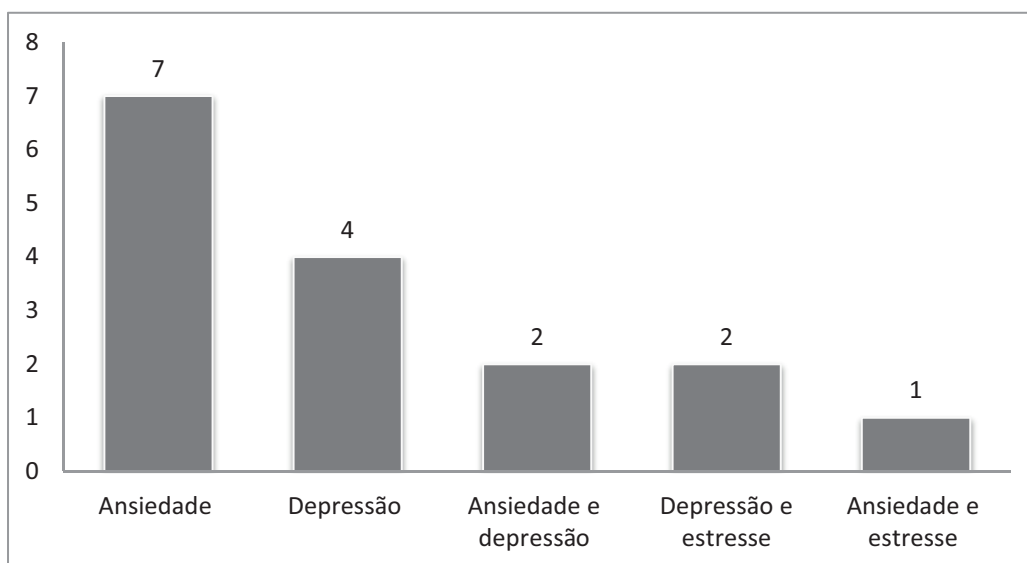
Foi critério de inclusão a criança ter idade de 8 a 10 anos, estar cursando o 3º ano do Ensino Fundamental, ter sua participação au-

torizada pelos pais, concluído a intervenção, e apresentar escore clínico em algum instrumento. Entende-se por nível clínico quando a criança pontua acima do ponto de corte estipulado pela literatura do instrumento.

Com o objetivo de verificar uma possível mudança após a intervenção para cada nível de população clínica, as crianças participantes do estudo foram realocadas em duas categorias distintas, considerando os dados clínicos coletados no pré-teste. As categorias são: categoria 1, apresentou nível clínico em uma das variáveis psicológicas, ou seja, somente uma pontuação acima do ponto de corte nos instrumentos ESI, MASC ou CDI e, categoria 2, apresentou nível clínico em mais de uma das variáveis em estudo, ou seja, duas ou mais pontuações acima do ponto de corte nos instrumentos ESI, MASC ou CDI. O Gráfico 1 apresenta a incidência dos escores clínicos, no qual é possível observar que mais da metade dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade sozinhos ou em comorbidade com sintomas de depressão ou estresse.

### Instrumentos

Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) (March *et al.*, 1997): Traduzida, adaptada e validada para a população brasileira por Nunes (2004). A escala possui 39 itens que tem por objetivo avaliar os sintomas ansiosos da criança em diferentes di-



**Gráfico 1.** Incidência de escores clínicos.

**Graph 1.** Incidence of clinical scores.

mensões como: sintomas físicos, de ansiedade social, do comportamento de evitar o dano e de separação/pânico. A escala conta com opções de resposta do tipo *likert* de 4 pontos. Aprofundando a busca bibliográfica encontrou-se um ponto de corte de 56 (Vianna, 2008) e outro ponto de corte 72 (Caíres e Shinohara, 2010) para a MASC. Para a presente pesquisa foi utilizado o primeiro ponto de corte, para que não fosse excluída nenhuma criança que apresentasse algum sintoma clínico de ansiedade, resguardando assim que o grupo não clínico realmente se compusesse de crianças com nenhum sintoma dentre os medidos neste estudo. Encontrou-se uma consistência interna, representada pelo Alpha de Cronbach, de 0,91 (Martins, 2013).

Escala de Stress Infantil (ESI): Instrumento brasileiro e validado para a população infantil por Lipp e Lucarelli (2005). Tem como objetivo avaliar os sintomas de estresse em crianças de 6 a 14 anos de idade. É composto por 35 itens com respostas em escala *likert* (0 a 5 pontos), abordando os fatores de reações físicas (RF), psicológicas (RP), psicológicas com componente depressivo (RPD) e psicofisiológicas (RPF) do estresse. Esse instrumento permite classificar o estresse em quatro fases: alerta ou alarme, defesa ou resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de comprometimento e prejuízo significativo é a partir da quase-exaustão, no qual a criança não mais consegue resistir aos estressores presentes em sua vida. Nessa fase o ponto de corte é 79,40 pontos no escore total ou quando nas respostas do instrumento aparecem círculos completamente cheios (5 pontos) em 7 ou mais itens da escala total. A consistência interna desse instrumento, representada pelo Alpha de Cronbach, foi 0,89 (Lipp e Lucarelli, 2005).

Children's Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1983): Adaptado, normatizado e validado para a população brasileira por Gouveia *et al.* (1995). O inventário tem por finalidade a detecção de sintomas depressivos e sua possível severidade em crianças e adolescente de sete aos 17 anos. É composto por 27 itens, nos quais há três opções respostas pontuadas de 0 a 2. O inventário apresenta ponto de corte 17 pontos. Esse instrumento apresentou um Alpha de Cronbach de 0,81 (Gouveia *et al.*, 1995).

### Procedimentos

A pesquisa atendeu às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do

Ministério da Saúde, em vigor na época da coleta de dados. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número 532/2010 – 2010.1.1965.59.1 e a coleta iniciou-se após essa autorização. A partir da parceria e aceite da escola, foi escolhida por conveniência uma turma do 3º Ano do Ensino Fundamental, após isso, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às crianças para que estas entregassem aos pais, informando os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitando a autorização dos filhos a participar. Somente fizeram parte da pesquisa crianças cujos pais assinaram o TCLE.

Com a autorização dos pais, as crianças passaram pelo pré-teste, no qual foram aplicados todos os instrumentos acima descritos. Após esse momento, participaram do programa PRHAVIDA, que teve duração de aproximadamente três meses e, depois do término do mesmo as crianças passaram pelo pós-teste, no qual foram aplicados os mesmos instrumentos do pré-teste. Este procedimento foi realizado com as crianças no ano de 2011 e repetiu-se com mais as crianças de 2012. É importante salientar que o PRHAVIDA é aplicado por estagiários do 4º e 5º ano do curso de Psicologia da Universidade de São Paulo, devidamente treinados e supervisionados pelas pesquisadoras.

Os instrumentos eram de auto relato e a aplicação dos mesmos foram individuais com auxílio de estagiárias treinadas para sanar quaisquer dúvidas que os participantes tiveram. Além disso, aquelas crianças que tiveram dificuldade com leitura e interpretação de texto as estagiárias realizaram a aplicação dos instrumentos junto com a criança. Todos os instrumentos foram aplicados em sequência em um único encontro, e as crianças gastavam em média de 30 minutos para responder as três escalas. Todas as crianças que pontuaram escores clínicos foram feitos contatos com os pais para comunicar e encaminhar a criança para uma avaliação mais especializada e atendimento psicológico.

O PRHAVIDA foi composto de 11 sessões semanais de cerca de 50 minutos cada. Nestas foram abordados temas como a Identidade e Regras do grupo, Psicoeducação de HS e HV, Direitos Humanos e Civilidade, Empatia, Assertividade, Emoções, Modelo Cognitivo e Resolução de Problemas. Dessa forma, o programa abrangia psicoeducação e treinos de habilidades sociais e para a vida, embasados na Terapia Cognitivo-Comportamental (Neu-

**Tabela 1.** Assuntos trabalhados em cada sessão do Programa PRHAVIDA.  
**Table 1.** Topics discussed at each session of the PRHAVIDA Program.

Programa PRHAVIDA	
Sessões	Assuntos trabalhados
Pré-teste	Aplicação dos instrumentos: SCAS; ESI; CDI
1ª sessão	Apresentação geral do grupo/ Identidade e Regras do grupo
2ª sessão	Psicoeducação sobre habilidades sociais
3ª sessão	Direitos humanos, civilidade e treino de empatia
4ª sessão	Psicoeducação sobre assertividade
5ª sessão	Treino de assertividade
6ª sessão	Psicoeducação sobre emoções
7ª sessão	Expressividade emocional e autocontrole
8ª sessão	Manejo de emoção
9ª sessão	Psicoeducação sobre pensamentos, modelo cognitivo
10ª sessão	Modelo cognitivo, distorções cognitivas e pensamentos alternativos
11ª sessão	Resolução de problemas e avaliação qualitativa
Pós-teste	Aplicação dos instrumentos: SCAS; ESI; CDI

feld *et al.*, 2014). O conteúdo de cada sessão do programa pode ser visualizado na Tabela 1.

Foram realizadas análises quantitativas descritivas e inferenciais dos dados. As análises lançaram mão de estatística não-paramétrica (Field, 2009). Com o objetivo de verificar a possibilidade de unir os dois grupos participantes para tornar-se um único grupo intervenção, foram realizadas análises de equivalência, por meio do teste estatístico Mann-Whitney. Para uma análise mais aprofundada dos dados foram realizadas análises que compararam o pré e pós-teste dos grupos G1 e G2, por meio do teste estatístico Wilcoxon. Este teste também foi utilizado para comparar os resultados pré e pós-teste em cada categoria. Para os resultados com diferenças estatisticamente significativas foi analisado o tamanho do efeito (tipo *r*). O nível de significância adotado para este estudo foi de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

O resultado do teste Mann-Whitney mostrou que houve diferença estatisticamente significativa somente para a variável depressão (CDI) no pré-teste do grupo 1 (Mediana = 13,00) em relação ao pré-teste do grupo 2 (Mediana = 19,00) ( $U = 11,50$ ;  $p = 0,031$ ). Dessa forma, os dois grupos foram tratados separadamente nas análises subsequentes em relação a essa variá-

vel. Quando as análises eram sobre as variáveis estresse e ansiedade os grupos foram tratados como equivalentes, pois não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

Em relação aos resultados do teste de Wilcoxon não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na variável ansiedade (MASC) entre os dados oriundos do pré-teste (Mediana = 61,00) e pós-teste (Mediana = 64,00),  $Z = 0,512$ ,  $p = 0,609$ . Da mesma forma, para a variável estresse (ESI) não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dados do pré-teste (Mediana = 40,50) e pós-teste (Mediana = 42,50),  $Z = -0,414$ ,  $p = 0,679$ .

Em relação a variável depressão foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no G1 entre os dados do pré-teste (Mediana = 13,00) com o pós-teste (Mediana = 5,00), mostrando que houve uma diminuição dos escores,  $Z = -2,092$ ,  $p = 0,036$ . A partir dessa diferença também foi realizada a análise do tamanho de efeito para comparar a magnitude dessa diferença. Assim, encontrou-se  $r = -0,50$ , que é considerado um efeito grande (Field, 2009). O mesmo resultado se mantém para o grupo G2, na qual foi encontrada uma diferença significativa de redução entre os dados do pré-teste (Mediana = 19,00) com o pós-teste (Mediana = 8,00),  $Z = -2,366$ ,  $p = 0,018$ , bem como o tamanho do efeito dessa diferença também foi grande,  $r = -0,632$ .

**Tabela 2.** Comparação pré e pós-teste para cada variável do estudo de acordo com a categoria.  
**Table 2.** Comparing pre and post-test for each study varies according to the category.

Variáveis	Categoria 1				Categoria 2			
	Pré		Pós		Pré		Pós	
	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q	Mediana	Q
ESI	36,00	30,00	41,00	39,00	54,00	41,50	62,00	27,00
MASC	59,00	51,75	64,00	50,00	74,50	50,25	64,50	30,00
CDI	15,50	9,50	6,50	4,75	19,50	12,75	11,50	3,00

Após essa análise, foi realizada a divisão dos participantes por categorias (conforme explicado no item participantes). Tendo em vista o nível de sintoma apresentado para avaliar o efeito da intervenção nas diferentes categorias, foi realizado o teste Wilcoxon para comparar os resultados pré e pós-teste em cada categoria. Os dados estão apresentados na Tabela 2.

Para essa análise, em relação à categoria 1 foi encontrada uma mudança estatisticamente significativa para a variável depressão (CDI). Percebe-se que houve uma diminuição no escore do pós-teste quando comparado ao pré-teste. Verificou-se que esta mudança foi estatisticamente significativa ( $Z = -2,864$ ,  $p = 0,004$ ) com uma magnitude de efeito grande ( $r = -0,54$ ). Para as variáveis estresse (ESI) e ansiedade (MASC), apesar do aumento de suas medianas, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,824$  e  $p = 0,799$ , respectivamente para estresse e ansiedade). Na categoria 2 não foi encontrada diferenças estatisticamente significativas para nenhuma variável ( $p > 0,05$ ).

Para complementar as análises apresentadas foi realizada uma análise descritiva para avaliar quais crianças possivelmente mudaram de categoria no pós-teste quando comparado com o próprio pré-teste. Na categoria 2: dos cinco participantes, apenas um permaneceu nessa categoria, outros três passaram para a categoria 1 e um indivíduo chegou a ausência de sintomas clínicos. Na categoria 1: dos 11 participantes, 7 continuaram na mesma, 2 tiveram ausência de sintomas clínicos e dois passaram para categoria 2.

## Discussão

O presente artigo teve o objetivo de apresentar e avaliar os resultados da aplicação do PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse, a

fim de avaliar os efeitos deste programa nesta amostra clínica. As ações em prevenção e promoção de saúde mental, principalmente na infância, têm ganhado força com o aprimoramento dos estudos em adoecimento mental (Nardi *et al.*, 2015). Estima-se que os estudos sobre prevalência de adoecimento mental infantil giram em torno de 10 a 20% em todo o mundo (Kieling *et al.*, 2011). Desta forma, justifica-se a importância de estudos que promovam saúde mental e avaliem programas voltados para temática, auxiliando assim as crianças a lidarem, de forma saudável e adaptativa, com as adversidades inerentes ao desenvolvimento humano.

Apesar do PRHAVIDA ser um programa do tipo universal e não estar focado em nenhuma sintomatologia específica, os resultados apontam que houve uma redução estatisticamente significativa dos sintomas clínicos depressivos para ambos os grupos (G1 e G2) e para a categoria 1. Este resultado indicou que a intervenção pode ter auxiliado a diminuição dos índices de sintomas de depressão na população clínica estudada. A manifestação da depressão infantil pode ocorrer por meio de sintomas emocionais, como o desânimo e a baixa autoestima (Sowislo e Orth, 2013; Serrão *et al.*, 2007); de natureza cognitiva, como o pessimismo, desesperança (Serrão *et al.*, 2007) e viés atencional e cognitivo (Rozenman *et al.*, 2014). Sendo assim, hipotetiza-se dois fatores que podem ter contribuído para essa melhora das crianças: primeiro, além do programa priorizar a psicoeducação também permite o treinamento, dessa forma, a criança tem a possibilidade de aprender e praticar em contexto grupal. Concomitante a isso as sessões de manejo de emoções desagradáveis, o pensamento alternativo e resolução de problemas podem ter contribuído para este resultado.

Além disso, é importante ressaltar que o aumento do repertório de HS e HV impacta

no aumento da qualidade de vida da criança, contribuindo para o seu desenvolvimento saudável e positivo ao longo da vida (Jones e Lavalle, 2009). Assim, a hipótese de que o programa tem efeitos positivos e, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento saudável das crianças com algum nível de sintomas depressivos ganha mais força. No entanto, julga-se necessários mais estudos na área para aprimorar tais resultados.

Apesar de a literatura afirmar sobre a comorbidade entre sintomas de ansiedade e depressão (Rozenman *et al.*, 2014; Vanaelst *et al.*, 2012; Caïres e Shinohara, 2010), o presente estudo não encontrou em seus resultados diferenças estatisticamente significativas na análise geral entre pré e pós-teste e nem na análise de categorização para a variável de ansiedade. Isto é, apesar da redução significativa de sintomas clínicos de depressão, o mesmo não ocorreu com os sintomas clínicos de ansiedade. Faz-se necessário considerar que o programa tem apenas uma sessão para trabalhar manejo de emoções desagradáveis e autocontrole, o que talvez não tenha sido suficiente para causar algum alívio nos sintomas de ansiedade. Um encaminhamento seria o aumento do número de sessões sobre essa temática, bem como sobre distorções cognitivas e pensamento alternativo e avaliar se dessa forma este conhecimento ficaria mais solidificado mesmo após o término do grupo.

O estresse infantil também está relacionado com os sintomas citados anteriormente, uma vez que o mesmo com intensidade excessiva e prolongada pode levar a problemas graves de saúde, como distúrbios ansiosos, depressão, entre outros problemas de saúde física e mental (Lemes *et al.*, 2003). No entanto, apesar das diferenças significativas encontradas com os escores de depressão, não foram observadas tais diferenças na variável estresse. Como citado anteriormente o programa contou com apenas uma sessão para manejo de emoções desagradáveis, o que não surtiu o efeito esperado para essa variável. Além disso, é importante frisar que o estresse pode estar relacionado ao efeito do semestre escolar, segundo Borges e Maturano (2009) o próprio semestre escolar e suas atribuições específicas como o acúmulo de atividades, provas e trabalhos sejam responsáveis por um aumento da percepção de estresse em escolares. As autoras apontam que essa carga de situações vivenciadas ocorre entre os meses de abril e novembro, período no qual o pós-teste foi utilizado em ambos os grupos no presente estudo.

Cabe ressaltar que o ambiente em que as crianças estão inseridas pode ser um fator de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Desta forma, faz-se imprescindível entender os contextos de vida, social, financeiro, educacional em que estas crianças estão inseridas (Timmermans *et al.*, 2010). Entende-se como um dos limites deste estudo a falta de controle das variáveis do contexto destas crianças, mas ainda assim, hipotetiza-se que este contexto pode ser responsável pelos dados alarmantes de sintomas psicopatológico da amostra.

Outra limitação a considerar é a questão de se tratar de uma análise com apenas 16 crianças. Apesar de ser possível levantar hipóteses frutíferas sobre o andamento do programa em teste, ainda são necessários mais estudos e replicações visando observar se estes resultados se mantêm em um número maior de casos. Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de as intervenções serem sempre realizadas por terapeutas iniciantes e, por vezes, inexperientes. Tal fato inspira cuidado em termos de generalizações, mas ao mesmo tempo tornam os resultados ainda mais promissores, uma vez que se poderia hipotetizar que com terapeutas mais experientes os resultados poderiam ser ainda mais consistentes.

A validade ecológica do estudo foi uma preocupação que permeou as escolhas metodológicas realizadas. Entende-se que a escola acarreta pontos positivos e negativos a pesquisa. Os principais pontos positivos foram a não interferência no contexto em que a pesquisa foi realizada e atender a população que é objeto de aplicação do PRHAVIDA, isto é, em crianças em contexto escolar. Em contrapartida, o ponto negativo é a perda de controle de variáveis estudadas, como por exemplo, algumas crianças que não sabiam ler, mas estavam participando do estudo, e o ambiente de aplicação tendo muitas vezes interferências. Dessa forma, é importante frisar que apesar do estudo apresentar limitações, entende-se que o mesmo atendeu a pergunta de pesquisa, apresentando os dados referentes à aplicação do PRHAVIDA em crianças com escores clínicos, a fim de avaliar os efeitos deste programa.

## Considerações finais

O presente estudo apresentou resultados da aplicação do programa PRHAVIDA para crianças com escores clínicos. Este programa contou com embasamento teórico e procedi-



mentos já descritos na literatura em Terapia Cognitivo-Comportamental. Os resultados obtidos através das análises realizadas sugerem várias hipóteses ao estudo. Cabe ressaltar que os resultados que apresentaram diferenças estatisticamente significativas foram de melhoras nos escores de sintomas de depressão. Algumas hipóteses devem ser levadas em consideração, como: as temáticas do programa podem beneficiar mais as crianças em relação às variáveis de depressão do que ansiedade e estresse, o programa ser aplicado por terapeutas em formação; o tempo de duração do programa; o ambiente sociocultural em que as crianças estão inseridas e, a necessidade de reavaliação da estrutura do programa aplicado.

No entanto, reconhece-se que apesar dos resultados e hipóteses levantadas, o estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. As principais limitações do estudo foram: o pequeno número de participantes, a falta de um grupo comparação, a correlação dos resultados obtidos com informações sobre o contexto sociocultural de cada criança, e o fato dos instrumentos serem extensos e cansativos para as crianças, adicionalmente por serem de auto relato podem ter comprometido os resultados.

Como sugestão para novos estudos o programa poderia ser aplicado por terapeutas experientes, para avaliar se existe diferença entre o programa ser aplicado por estes ou por terapeutas em formação em relação a obter mais resultados promissores de melhoras dos sintomas clínicos. Com relação à testagem, sugere-se a inclusão de instrumentos que avaliem aspectos positivos da saúde mental, como autoestima, satisfação de vida, felicidade e o repertório de HS e HV nas crianças participantes, bem como um estudo qualitativo sobre as sessões e como estes dados podem se relacionar como os resultados quantitativos adquiridos no programa.

Uma sugestão importante é que novo estudo seja conduzido para analisar estes dados com relação a um grupo de comparação, no qual as crianças da mesma idade, série e contexto não tiveram passado pela intervenção. Seria interessante também a comparação destes dados com outras crianças com diferentes contextos de vida a fim de analisar se esta possível correlação de mantém. Outro estudo importante a ser realizado seria um *follow-up* para avaliar se os ganhos adquiridos com a participação no programa se mantiveram ao longo do tempo.

Assim, o estudo abre novas perspectivas para pesquisas futuras que auxiliem no aprimoramento do programa de promoção de saúde mental em crianças. Desta forma, espera-se ter colaborado para a tal área, mais especificamente em relação às habilidades sociais e para a vida e auxiliado, a partir de um olhar crítico a entender as demandas enfrentadas pelas crianças.

## Agradecimentos

Esse projeto contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do fornecimento de uma bolsa de mestrado para a primeira autora, e também do apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com uma bolsa de mestrado para a segunda autora. Todas as autoras contribuíram com todas as etapas para elaboração desse trabalho. As autoras declararam que não houve concorrentes ou potenciais conflitos de interesse em relação a este estudo.

## Referências

- BARRY, M.M.; CLARKE, A.M.; JENKINS, R.; PATEL, V. 2013. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, **13**(835):1-19. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- BERGNEHR, D.; NELSON, K.Z. 2015. Where is the child? A discursive exploration of the positioning of children in research on mental-health-promoting interventions. *Sociology of Health & Illness*, **37**(2):184-197. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12197>
- BORGES, D.S.C.; MATURANO, E.M. 2009. Aprendendo a gerenciar conflitos: um programa de intervenção para a 1ª série do ensino fundamental. *Paidéia*, **19**(42):17-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000100004>
- CAÍRES, M.C.; SHINOHARA, H. 2010. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira Terapias Cognitivas*, **6**(1):62-84.
- CLARK, D.A.; BECK, A.T. 2012. *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre, Artmed, 640 p.
- DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. 2009. *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. 4ª ed., Petrópolis, Vozes, 280 p.
- FIELD, A. 2009. *Descobrir a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre, Artmed, 688 p.
- FILGUEIRAS, A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; FIORAVANTI-BASTOS, A.C.M.; SANTOS, P.P.P.; MENDONÇA, I.; FONTENELE, B.;

- POYARES, M.; OLIVEIRA, C.E.T. de; SABOYA, E.; MARQUES, C.V.M. 2013. Estrutura factorial e propriedades psicométricas da escala de stress infantil adaptada para uma amostra de crianças cegas. *Psico*, **44**(1):26-33.
- GORAYEB, R. 2002. O ensino de habilidade de vida em escolas no Brasil. *Psicologia, Saúde e Doenças*, **3**:213-217.
- GOUVEIA, V.V.; BARBOSA, G.A.; ALMEIDA, H.J.F. de; GAIÃO, A.A. 1995. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **44**(7):345-349.
- JONES, M.I.; LAVALLE, D. 2009. Exploring the life skills needs of British adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, **10**:159-167. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.06.005>
- KIELING, C.; BAKER-HENNINGHAM, H.; BELFER, M.; CONTI, G.; ERTEM, I.; OMIGBODUN, O.; ROHDE, L.A.; SRINATH, S. 2011. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet*, **378**:1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- KOVACS, M. 1983. *The children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Pittsburg, University of Pittsburg.
- LEE, S.H.; SHIN, D.W.; STEIN, M.A. 2010. Increased cortisol after stress is associated with variability in response time in ADHD children. *Yousei Medical Journal*, **51**(2):206-211. <https://doi.org/10.3349/ymj.2010.51.2.206>
- LEMES, S.O.; FISBERG, M.; ROCHA, G.M.; FERRINI, L.G.; MARTINS, G.; SIVIERO, K.; ATAKA, M.A. 2003. Stress infantil e desempenho escolar – avaliação de crianças de 1ª a 4ª série de uma escola pública do município de São Paulo. *Revista Estudos em Psicologia, PUC-Campinas*, **20**(1):5-14. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000100001>
- LIPP, M.E.N.; ARANTES, J.P.; BURITI, M.S.; WITZIG, T. 2002. O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, **6**(1):51-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100006>
- LIPP, M.E.N.; LUCARELLI, M.D.M. 2005. *Escala de Stress Infantil - ESI*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 62 p.
- LIPP, M.E.N. et al. 2014. *Stress em Crianças e Adolescentes*. Campinas, Papirus, 336 p.
- MARCH, J.S.; PARKER, J.D.; SULLIVAN, K.; STALLINGS, P.; CONNERS, C.K. 1997. The Multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**(4):554-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- MARIN, A.; FAVA, D.C. 2016. Programas de intervenção no contexto escolar: revisão da literatura científica. In: FAVA, D.C., *A Prática da Psicologia na Escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental*. Belo Horizonte, Ed. Artesã, p. 325-348.
- MARTINS, C.M.C. da S. 2013. *Entrevista para as perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade de entrevista clínica*. Coimbra, Portugal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 47 p.
- MARTINSEN, K.D.; KENDALL, P.C.; STARK, K.; NEUMER, S.P. 2014. Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, **23**(1):1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.005>
- MEINZER, M.C.; PETTIT, J.W.; VISWESVARAN, C. 2014. The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and unipolar depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **34**:595-607. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.002>
- MÜLLER, R.; PETER, C.; CIEZA, A.; POST, M.W.; LEEUWEN, C.M.V.; WERNER, C.S.; GEYH, S. 2014. Social Skills: a resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **96**:447-455. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.09.006>
- NARDI, P.C.; FERREIRA, I.M.F.; NEUFELD, C.B. 2015. Programas de promoção de saúde mental em grupo para crianças. In: C.B. NEUFELD, *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre, Artmed, p. 35-51.
- NEUFELD, C.B.; DAOLIO, C.C.; CASSIANO, M.; ROSSETTO, C.P.F.; CAVENAGE, C.C. 2014. Prhvida – Programa cognitivo-comportamental de habilidades de vida para crianças e adolescentes. In: C.B. NEUFELD (ed.), *Intervenções e Pesquisas em Terapia Cognitivo-Comportamental com indivíduos e grupos*. Novo Hamburgo, Sinopsys, p. 80-115.
- NUNES, M.M. 2004. *Validade e confiabilidade da escala multidimensional de ansiedade para crianças (MASC)*. São Paulo, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 80 p.
- PENNANT, M.E.; LOUCAS, C.E.; WHITTINGTON, C.; CRESWELL, C.; FONAGY, P.; FUGGLE, P.; KELVIN, R.; NAQVI, S.; STOCKTON, S.; KENDALL, T. 2015. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, **67**:1-18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- RAPEE, R.M. 2015. Nature and psychological management of anxiety disorders in youth. *Journal of Paediatrics and Child Health*, **51**(3):280-284. <https://doi.org/10.1111/jpc.12856>
- ROZENMAN, M.; AMIR, N.; WEERSING, V.R. 2014. Performance-based interpretation bias in clinically anxious youths: relationships with attention, anxiety, and negative cognition. *Behavior Therapy*, **45**(5):594-605. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.009>
- SERRÃO, F.; KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A. 2007. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, **12**(2):257-268. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200014>

- SOWISLO, J.F.; ORTH, U. 2013. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, **139**(1):213-240.  
<https://doi.org/10.1037/a0028931>
- TIMMERMANS, M.; VAN LIER, P.A.C.; KOOT, H.M. 2010. The role of stressful events in the development of behavioural and emotional problems from early childhood to late adolescence. *Psychological Medicine*, **40**:1659-1668.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291709992091>
- VANAELST, B.; MICHELS, N.; CLAYS, E.; HERRMANN, D.; HUYBRECHTS, I.; SIOEN, I.; VYNCKE, K.; De HEMAUW, S. 2014. The association between childhood stress and body composition, and the role of stress-related lifestyle factors – cross-sectional findings from the baseline chiBS survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, **2**:292-301.  
<https://doi.org/10.1007/s12529-013-9294-1>
- VANAELST, B.; de VRIENDT, T.; HUYBRECHTS, I.; RINALDI, S.; De HENAUW, S. 2012. Epidemiological approaches to measure childhood stress. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, **26**:280-297.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01258.x>
- VIANNA, R. 2008. *Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC- VB)*. Rio de Janeiro, RJ. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 500 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 1997. *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneve, OMS, 49 p.

Submetido: 27/06/2016

Aceito: 19/01/2017