

1 2 9 0



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Andrea Melanie Magalhães Sequeira

**REATIVIDADE NEGATIVA, SINTOMATOLOGIA
ANSIOSA E DEPRESSIVA EM CRIANÇAS EM IDADE
ESCOLAR: O PAPEL MEDIADOR DO MINDFULNESS
DISPOSICIONAL**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em
Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Helena Teresa da
Cruz Moreira e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

julho de 2023

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

REATIVIDADE NEGATIVA,
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA E
DEPRESSIVA EM CRIANÇAS EM
IDADE ESCOLAR: O PAPEL
MEDIADOR DO MINDFULNESS
DISPOSICIONAL

Andrea Melanie Magalhães Sequeira

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia
Clínica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Helena Teresa da Cruz Moreira e
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

julho de 2023

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Statement of integrity.

I hereby declare having conducted this academic work with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of undue use of information or falsification of results along the process leading to its elaboration

Enquadramento institucional

A presente dissertação enquadra-se no âmbito do projeto I&D "Protocolo Unificado para o tratamento transdiagnóstico das perturbações emocionais das crianças (PU-C): Estudo multicêntrico para avaliar a aceitabilidade, viabilidade e eficácia da versão combinada do programa em Portugal" [PTDC/PSI-GER/0689/2020].

Institutional framework

This dissertation is part of the R&D project “Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children: A multicenter study to assess the acceptability, feasibility and efficacy of a blended format of the program in Portugal” [PTDC/ PSI-GER/0689/2020].

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Teresa Moreira, por ter sido incansável na orientação acadêmica prestada, até ao último momento, e por estar sempre disponível para escutar e ajudar nas dificuldades que foram surgindo.

À Dra. Denisa Gonçalves por me ter apoiado durante todo este ano, facultando alguma bibliografia (livros) para a presente Dissertação.

Ao Professor Doutor Marco Pereira por me ter esclarecido todas as questões, ao longo do ano letivo, que indiretamente e/ou diretamente ajudaram na escrita da presente Dissertação.

À minha família pela presença, pelo incentivo e suporte constante.

À minha mãe que foi incansável durante estes anos, estando presente em todos os momentos. Por todas as conversas, por todas as palavras certas no momento certo, por todos os miminhos, por todas as dispensas de tarefas de modo que eu pudesse dedicar o pouco tempo livre que tinha ao curso, por nunca duvidar das minhas capacidades (“*vai correr bem, tu consegues sempre tudo*”). À minha mãe, a melhor do mundo!

Ao meu pai, que por vezes precisava da minha ajuda para questões bastante importantes e aguardava que eu terminasse as minhas tarefas do curso, que tinha as palavras certas no momento certo, que atendeu a todos os meus pedidos e que faz tudo o que pode por mim e que nunca duvidou que eu seria capaz! Ao meu pai, o melhor do mundo!

Ao meu irmão, que se mudou há cerca de um ano e meio para S. Jorge e que me faz tanta falta! Por todas as risadas em momentos mais stressantes, por estar sempre disponível à distância de uma mensagem ou de uma videochamada. Ao meu mano, o melhor do mundo!

À Andreia, minha amiga do coração. Por toda a compreensão, por todos os “ralhetes” por não descansar, pelo seu contributo para a presente Dissertação e acima de tudo pela sua amizade!

À Filipa, minha amiga da primária, que adora que eu lhe explique algumas questões no âmbito da Psicologia. Por todo o apoio, por todos os incentivos, por toda a confiança em mim, por todos estes anos de amizade (já são 24!).

À Telma, minha companheira de curso. Por todas as conversas, por todo o companheirismo, por todo o trabalho colaborativo, por todas as partilhas. Pela nossa amizade, que continuemos a caminhar juntas pelos trilhos da Psicologia.

Ao Carlos Barradas, meu colega de trabalho e amigo, pelo seu contributo para a presente Dissertação, por todas as risadas e por estar sempre à distância de um telefonema ou de uma mensagem.

A todos os meus amigos e amigas que compreenderam as minhas ausências em épocas de avaliações, que me apoiaram e que estão sempre presentes.

Resumo

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo investigar se a relação entre a reatividade negativa da criança e a sua sintomatologia depressiva e ansiosa é mediada pelos seus níveis de mindfulness disposicional. **Método:** Foi conduzido um estudo transversal, com uma amostra constituída por 219 díades pai/mãe-criança (com idades entre os 8 e 12 anos), recolhida em contexto escolar. Os pais preencheram a subescala de Reatividade Negativa do Inventário de Temperamento em Idade Escolar e as crianças preencheram a Medida de Mindfulness para Crianças e Adolescentes e a Escala de Ansiedade e Depressão para Crianças Revista. Foi estimado um modelo de mediação simples para analisar o efeito indireto da reatividade negativa da criança na sintomatologia ansiosa e/ou depressiva da mesma, através do mindfulness disposicional. **Resultados:** Verificou-se um efeito indireto significativo entre a reatividade negativa e a sintomatologia depressiva e ansiosa através do mindfulness disposicional. Especificamente, níveis mais elevados de reatividade negativa associaram-se a níveis mais baixos de mindfulness disposicional. Não se verificaram efeitos diretos entre a reatividade negativa e a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Conclusões: Os resultados sugerem que o mindfulness disposicional é um importante mecanismo explicativo da relação entre a reatividade negativa e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Assim, podemos concluir que a reatividade negativa contribui indiretamente para a sintomatologia ansiosa e depressiva da criança, através de níveis mais baixos de mindfulness disposicional. Estes resultados sugerem que programas preventivos baseados no mindfulness poderão ser benéficos para crianças com níveis mais elevados de reatividade negativa, prevenindo ou reduzindo a sua sintomatologia ansiosa e depressiva.

Palavras-chave: crianças, reatividade negativa, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, mindfulness disposicional

Abstract

Objective: The aim of this study is to investigate whether the relationship between children's negative reactivity and their depressive and anxious symptomatology is mediated by their levels of dispositional mindfulness. **Research method:** A cross-sectional study was conducted with a sample of 219 parent-child dyads (aged 8-12 years), collected in school settings. Parents completed the Negative Reactivity subscale of the School-Age Temperament Inventory; children completed the Child and Adolescent Mindfulness Measure and the Revised Children's Anxiety and Depression Scale. A simple mediation model was estimated to analyse the indirect effect of children's negative reactivity on their anxious and/or depressive symptomatology through dispositional mindfulness. **Results:** A significant indirect effect was found between negative reactivity and depressive and anxious symptomatology through dispositional mindfulness. Specifically, higher levels of negative reactivity were associated with lower levels of dispositional mindfulness. No direct effects were found between negative reactivity and anxious and depressive symptomatology. **Conclusion:** The results suggest that dispositional mindfulness is an important explanatory mechanism between negative reactivity and anxious and depressive symptomatology. Therefore, we can conclude that negative reactivity contributes indirectly to children's anxious and depressive symptomatology through lower levels of dispositional mindfulness. These results suggest that mindfulness-based preventive programmes may be beneficial for children with higher levels of negative reactivity, preventing or reducing their anxious and depressive symptomatology.

Keywords: children, negative reactivity, anxious symptomatology, depressive symptomatology, dispositional mindfulness

Índice

| | |
|---------------------------------|----|
| Agradecimentos | 5 |
| Resumo..... | 7 |
| Abstract | 8 |
| Índice | 9 |
| Introdução..... | 10 |
| Metodologia..... | 15 |
| Análise de Dados..... | 20 |
| Resultados | 21 |
| Discussão..... | 25 |
| Referências Bibliográficas..... | 29 |

Introdução

Estudos epidemiológicos indicam que as perturbações de ansiedade e depressivas encontram-se entre os problemas de saúde mental mais comuns na infância e na adolescência (Costello et al., 2003), sendo mesmo consideradas um problema de saúde pública (Costello et al., 2011; Kessler et al., 2010). A prevalência das perturbações de ansiedade tem vindo a aumentar nos últimos anos. Por exemplo, um estudo de 2009 encontrou prevalências entre 4 e 20% (Crujo & Marques, 2009), enquanto que dados mais recentes apontam para uma prevalência de 25% (Fernandes et al., 2014; Lijster et al., 2017). Ainda que com uma prevalência inferior, a depressão é igualmente comum em idade pediátrica (Beck et al., 2021). Nos últimos anos, o número de diagnósticos em crianças com idades entre os 6 e os 12 anos subiu de 4.5% para 8% (Serrão et al., 2007). Tanto as perturbações de ansiedade como as perturbações depressivas são mais prevalentes no sexo feminino do que do sexo masculino (Beck et al., 2021; Rivero, 2020).

Se não forem devidamente tratadas, as perturbações internalizantes podem interferir significativamente no funcionamento diário da criança (Marques et al., 2015) e ser um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações mentais na infância (Beesdo-Baum & Knappe, 2012) e na idade adulta (Albano et al., 1998).

São vários os fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de uma criança desenvolver níveis elevados de sintomatologia ansiosa ou uma perturbação de ansiedade, nomeadamente padrões disfuncionais de funcionamento familiar, fatores genéticos (e.g., filhos com pais mais ansiosos apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem ansiedade) e fatores temperamentais (e.g., inibição comportamental; Crujo & Marques, 2009). Vários fatores têm sido também apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, nomeadamente fatores familiares como adversidades/relações negativas familiares (Beck et al., 2021; Fonte & Caridade, 2022), a presença de sintomatologia depressiva na família, sobretudo na mãe (Fonte & Caridade, 2022), acontecimentos negativos na escola (Dooley et al., 2015; Fonte & Caridade, 2022; Hendren et al., 2018; Kidger et al., 2012; Meinzer et al., 2014); e fatores contextuais, como a discriminação e etnia (Beck et al., 2021). No presente estudo iremos abordar o possível contributo da reatividade negativa, enquanto dimensão temperamental, para a sintomatologia depressiva e ansiedade de crianças em idade escolar.

Reatividade Negativa Enquanto Fator de Risco para o Desenvolvimento de Sintomatologia Ansiosa e Depressiva nas Crianças

A investigação tem demonstrado que alguns traços temperamentais aumentam consideravelmente o risco de desenvolvimento de psicopatologia infantil, nomeadamente de perturbações de ansiedade e depressivas (Muris & Ollendick, 2005; Rettew & McKee, 2005). O temperamento refere-se às “diferenças individuais biologicamente enraizadas nas tendências de comportamento” (p. 273), presentes à nascença, sendo relativamente estáveis longo do tempo (Muris & Ollendick, 2005).

A reatividade negativa, enquanto dimensão do temperamento, define-se como a tendência da criança para reagir a acontecimentos frustrantes ou stressantes com um elevado grau de emotividade ou afeto negativo, nomeadamente com irritabilidade, raiva, tristeza ou medo (Moreira et al., 2020). Segundo Rothbart et al. (1994) a reatividade negativa assemelha-se ao neuroticismo, fator da personalidade da teoria de Eysenck (1985). Vários autores têm sugerido que a reatividade negativa é preditor de um desenvolvimento socioemocional negativo e de dificuldades de adaptação das crianças (Eisenberg et al., 2000, Frick & Morris, 2004; Rothbart & Bates, 2007). Neste sentido, a reatividade negativa é considerada um fator de risco comum ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva na criança (Barnhofer & Griffith, 2011; Frick & Morris, 2004). Além disso, o DSM-5 (APA, 2013) descreve o temperamento (e.g., reatividade negativa) como um fator de risco para a perturbação depressiva major.

Pouco se sabe acerca dos fatores que podem explicar a relação entre o temperamento da criança, nomeadamente a sua reatividade emocional, e a sua saúde mental. Assim, a identificação de fatores modificáveis, que possam ser alvo de intervenção terapêutica, é fundamental para que se possam desenhar intervenções eficazes no tratamento da psicopatologia infantil. No presente estudo temos como objetivo investigar se o mindfulness disposicional poderá contribuir para a explicação da relação entre a reatividade negativa da criança e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

O Mindfulness Disposicional e a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva nas Crianças

O mindfulness pode ser definido como a capacidade de prestar atenção de uma forma particular (Kabat-Zinn, 1994), em que a atenção é dirigida, deliberadamente, para aspetos específicos da experiência, no momento presente, com uma atitude de aceitação e de não julgamento, independentemente da experiência (Cunha et al., 2013). O mindfulness disposicional pode ser considerado um traço psicológico, enquanto capacidade para estarmos

conscientes e atendermos ao que está a acontecer no momento presente (Brown & Ryan, 2003). Assim, cada pessoa pode ter diferentes níveis de mindfulness disposicional, modificáveis através da prática da meditação (Bishop et al., 2004).

De acordo com Kabat-Zinn (2003), intervenções baseadas no mindfulness têm-se mostrado associadas a melhorias na autorregulação e, conseqüentemente, a um aumento do bem-estar do indivíduo, uma vez que, de acordo com Chapman et al. (2013), aumentam a consciência dos processos internos e promovem o pensamento no “aqui e agora”, reduzindo os padrões reativos associados ao pensar, sentir e se comportar. Atualmente, existem evidências que suportam o uso de intervenções baseadas no mindfulness para a promoção da saúde psicológica e física (Hofmann et al., 2010; Keng et al., 2011), e nomeadamente para o tratamento de perturbações de ansiedade e depressão em adultos (Barnhofer et al., 2011; Kenny & Williams, 2007; Williams & Russell, 2008).

Apesar da investigação sobre os benefícios do mindfulness em crianças ser escassa, existem evidências de que o mindfulness promove a saúde mental na criança e, num sentido lato, o seu bem-estar. Por exemplo, os resultados do estudo piloto de Lee et al. (2008), mostraram uma redução significativa dos sintomas de internalização, após a prática de mindfulness. De facto, alguns estudos têm sugerido que as competências de mindfulness correlacionam-se negativamente com sintomas internalizantes (Greco et al., 2011), nomeadamente com a depressão, ansiedade e inflexibilidade psicológica (Cunha et al., 2013). Duas meta-análises concluíram ainda que as intervenções baseadas no mindfulness, para crianças e adolescentes, são eficazes na melhoria da sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como na redução do stress (Kallapiran et al., 2015; Zoogman et al. 2014), tanto em amostras clínicas, como comunitárias (Kallapiran et al., 2015).

A Reatividade Negativa e o Mindfulness Disposicional nas Crianças

Existe alguma evidência da relação entre o neuroticismo ou reatividade negativa e o mindfulness disposicional em adultos (e.g., Feltman et al., 2009; Giluk, 2009; Keng et al., 2011; Raes et al., 2009), sendo considerados ambos traços, mas distintos (Kandler et al., 2014). Enquanto que o neuroticismo é considerado uma característica genética, o mindfulness disposicional é uma característica influenciada pelo ambiente, sendo modificável (An et al., 2018; Pepping & Duvenage, 2016), tendo origem na infância (Pepping & Duvenage, 2016). Os resultados da meta-análise de Giluk (2009) sobre a relação entre os *big five* e o mindfulness, indicam que o neuroticismo apresenta relações fortes com a atenção plena. Neste sentido, recentemente, Hou et al. (2022) afirmam que sujeitos com maiores níveis de

neuroticismo, tendem a ter menores níveis de mindfulness disposicional. Também, Iani et al. (2016) defendem que a relação entre o neuroticismo e o mindfulness encontra-se bem estabelecida, nos adultos, sendo que maiores níveis de reatividade estão associados a menores níveis de atenção plena. Segundo os mesmos autores, a hostilidade, a depressão e a raiva influenciam a capacidade de estar no momento presente.

Por outro lado, existe também evidência de que o desenvolvimento de competências de mindfulness pode conduzir a uma diminuição da reatividade negativa. Por exemplo, Schumer et al. (2018) verificaram que breves intervenções de mindfulness, com duração de até duas semanas, eram eficazes na redução da reatividade negativa em adultos.

Apesar de, ainda reduzida existe, também, alguma evidência da relação entre o mindfulness e a reatividade emocional na criança. Neste sentido, de acordo com Weare (2012), intervenções baseadas no mindfulness, além de possibilitarem uma redução da sintomatologia ansiosa da criança, são também benéficas para a redução da reatividade e do stress, assim como para a melhoria da autoestima e da capacidade de controlar as emoções e o comportamento. Mais recentemente, Vickery e Dorjee (2016) realizaram um estudo, no qual concluíram que o mindfulness pode diminuir significativamente a reatividade negativa da criança. Desta forma, podemos considerar que as intervenções baseadas no mindfulness são benéficas para crianças, tanto em amostras clínicas como não clínicas (Burke, 2009) uma vez que têm um efeito positivo ao nível do seu bem-estar emocional (Bluth et al., 2015; Bluth & Blanton, 2014; Ciarrochi et al., 2011).

Tal como demonstrado, foram dados os primeiros passos da aplicação da prática de mindfulness em crianças. Contudo, estudos em crianças com níveis clínicos de psicopatologia (Fortes et al., 2019) são escassos. Além disso, até ao momento não obtivemos conhecimento de nenhum estudo realizado em crianças com níveis elevados de reatividade negativa, que tenham concluído que o mindfulness disposicional poderá ser um mecanismo explicativo relevante na relação entre a reatividade emocional (negativa) e a sintomatologia ansiosa e depressiva na criança.

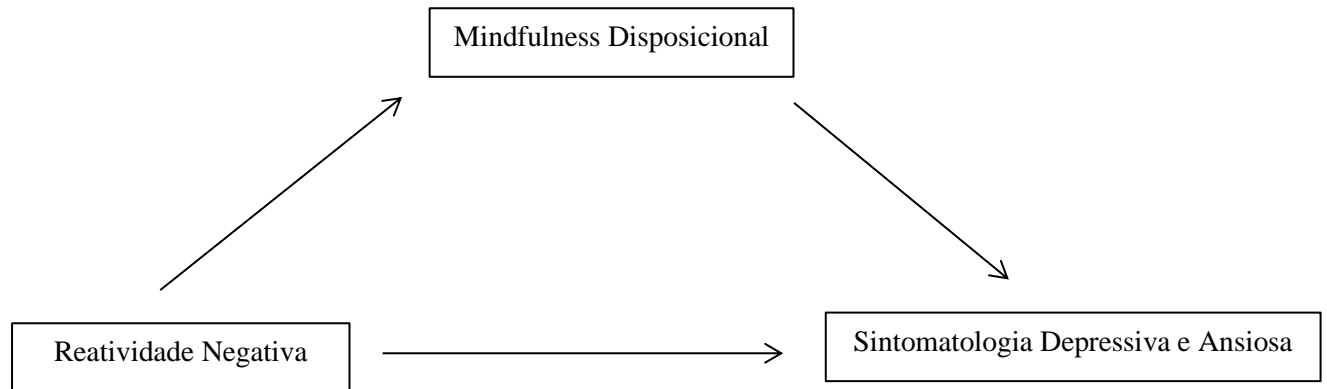
O presente estudo

Tendo em conta o que foi referido, temos como objetivo investigar se a relação entre a reatividade negativa da criança e a sua sintomatologia depressiva e ansiosa é mediada pelos seus níveis de mindfulness disposicional. Para tal temos como hipótese que o mindfulness disposicional poderá ser um mecanismo explicativo relevante da relação entre a reatividade

emocional e a sintomatologia ansiosa e depressiva da criança. O modelo conceptual das relações em estudo encontra-se discriminado na Figura 1.

Figura 1

Modelo Conceptual do Estudo



Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 219 díades constituídas por uma criança e respetivo pai/mãe. As crianças (50.2% do sexo masculino) são de nacionalidade portuguesa com idades compreendidas entre os 8 e 12 anos ($M = 9.5$, $DP = 1.27$), sem deficiência cognitiva ou dificuldades de aprendizagem que pudesse impedir a correta compreensão dos itens (critérios de inclusão). A maior parte das crianças (36.1%), frequentava o 3.º ano de escolaridade, não tendo acompanhamento psicológico (74.9%). Relativamente aos pais a maioria é do sexo feminino (80.8%), com uma média de idades de 41.8 ($DP = 5.39$), sendo a maioria casada (78.1%). A maior parte dos pais é detentor do Ensino Superior (55.7%), estão empregados (85.4%), com um rendimento familiar entre os 800€ a 2000€, habitando em meio urbano (58.4%). Os dados sociodemográficos encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica das Crianças

| | <i>N=219</i> |
|--|------------------|
| Sexo | |
| Masculino | 110 (50.2%) |
| Feminino | 109 (49.8%) |
| Idade (anos) <i>M(DP)</i>; amplitude | 9.5 (1.27); 8-12 |
| Escolaridade <i>n (%)</i> | |
| 3.º ano | 79 (36.1%) |
| 4.º ano | 35 (16.0%) |
| 5.º ano | 50 (22.8%) |
| 6.º ano | 55 (25.1%) |
| Acompanhamento psicológico <i>n (%)</i> | |
| Sim | 55 (25.1%) |
| Não | 164 (74.9%) |

Tabela 2
Caracterização Sociodemográfica dos Pais

| N=219 | |
|--|--------------------|
| Sexo | |
| Masculino | 42 (19.1%) |
| Feminino | 177 (80.8%) |
| Idade (anos) <i>M (DP)</i>; amplitude | 41.8 (5.39); 23-64 |
| Nível educacional <i>n (%)</i> | |
| Secundário | 95 (43.4%) |
| Universitário | 122 (55.7%) |
| Área de residência <i>n (%)</i> | |
| Urbano | 128 (58.4%) |
| Rural | 88 (40.2%) |
| Estado Civil <i>n (%)</i> | |
| Casado | 171 (78.1%) |
| União de Facto | 21 (9.6%) |
| Solteiro | 7 (3.2%) |
| Divorciado/ Separado | 16 (7.3%) |
| Viúvo | 3 (1.4%) |
| Número de Filhos (<i>Md</i>) | 2 |
| Rendimento familiar | |
| Menos de 800€ | 33 (15.6%) |
| 800€ a 2000€ | 83 (39.2%) |
| 2000€ a 3500€ | 60 (28.3%) |
| Acima de 3500€ | 36 (17.0%) |
| Situação Profissional <i>n (%)</i> | |
| Empregado | 187 (85.4%) |
| Desempregado | 19 (8.7%) |
| Doméstica | 8 (3.7%) |
| Outra | 2 (0.9%) |

Procedimentos

Através de um método de amostragem por conveniência, a amostra foi recolhida presencialmente, em escolas na zona de Viseu, entre dezembro de 2019 e março de 2020, no âmbito do Projeto "Detetives das Emoções – Protocolo Unificado para Crianças: Estudo de aceitabilidade, viabilidade e eficácia para a população portuguesa" [SFRH/BD/147848/2019]" em curso no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitiva e Comportamental (CINEICC).

O estudo atual apresenta um desenho não experimental, correlacional, sendo de natureza quantitativa. Trata-se de um estudo transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento de avaliação.

Os objetivos do estudo, o papel dos participantes e dos responsáveis pelo mesmo, assim como os aspetos éticos subjacentes, nomeadamente as normas de confidencialidade e de anonimato, foram descritos na primeira página do questionário. Previamente, foi enviado o consentimento informado para o encarregado de educação, no qual este consentia (ou não), tanto a sua participação como a do (a) seu (sua) educando (a). Neste sentido, apenas participaram crianças cujos encarregados de educação enviaram o consentimento informado preenchido e assinado e que consentiram a sua própria participação voluntária. Desta forma, não foi dada aos participantes nenhuma compensação monetária ou qualquer outro tipo de compensação. Os questionários de auto-resposta, foram preenchidos pelas crianças, em sala de aula, estando acompanhados por uma investigadora, que esclareceu todas as questões que foram surgindo. Foi, ainda, solicitada autorização à Direção de cada escola. Importa, também, referir que o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Direção de cada escola envolvida. Todos os procedimentos envolvidos no presente estudo tiveram em conta os padrões éticos subjacentes à investigação humana (e.g., Declaração de Helsínquia e Código Deontológico da OPP). Desta forma, os dados manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis, assim como o nome dos participantes não será identificado em nenhum relatório ou publicação decorrente deste estudo. A informação recolhida será analisada como parte deste estudo e utilizada estritamente para fins de investigação. Tal como referido, todos os participantes receberam informação detalhada acerca do estudo (e.g., objetivos, carácter voluntário) e forneceram o seu consentimento informado.

Instrumentos

Subescala de Reatividade Negativa do Inventário de Temperamento em Idade Escolar (SATI)

Para a recolha de dados foi utilizada a versão portuguesa da Subescala de Reatividade Negativa do Inventário de Temperamento em Idade Escolar (SATI) de McClowry (1995) adaptado para a versão portuguesa por Lima et al. (2010). Esta subescala pretende avaliar a reatividade negativa (e.g., a frequência e intensidade com que a criança apresenta reações negativas como por gritos, choro, expressões de frustração e de fúria), sendo constituída por 13 itens (e.g., “Fica chateado(a) quando não consegue encontrar alguma coisa”), respondidos numa escala do tipo Likert, que varia entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*). Esta subescala é preenchida pelos pais, sendo assim de hétero-resposta. Através da média das respostas é possível obter a cotação, que nos indica o perfil de temperamento da criança (Lima et al., 2010).

O presente instrumento apresenta boas propriedades psicométricas. A fidelidade, analisada com base no alfa de Cronbach, obteve o valor de .87 (Lima et al., 2010). Na presente amostra, o alpha de Cronbach foi de .85.

Medida de Mindfulness para Crianças e Adolescentes (CAMM)

Foi também utilizada a versão portuguesa da Medida de Mindfulness para Crianças e Adolescentes (CAMM) de Cunha et al. (2013). Esta escala, unidimensional, de auto-resposta, constituída por 10 itens (e.g., “Fico zangado(a) comigo próprio(a) por ter sentimentos que não fazem sentido”), pretende avaliar as competências de mindfulness (e.g., a consciência centrada no momento presente e uma atitude não ajuizadora das experiências internas). Foi solicitado às crianças que indicassem o quanto cada afirmação era verdadeira para elas próprias, utilizando uma escala de 5 pontos, que varia entre 0 (*nunca*) e 4 (*sempre*). Através da soma total das respostas (não esquecendo de inverter alguns itens) é possível obter a cotação. A pontuação varia entre 0 e 40 e quanto maior for, mais competências de mindfulness a criança apresenta (Cunha et al., 2013).

Relativamente às características psicométricas, a versão portuguesa apresentou uma consistência interna ($\alpha = .80$) e fidedignidade teste-reteste ($r = .46$), sendo, desta forma, considerada uma medida válida e fidedigna. Na presente amostra, o alpha de Cronbach foi de .77.

Escala de Ansiedade e Depressão para crianças Revista (RCADS)

Foi, ainda, utilizada, a versão breve da Revisão da Escala de Ansiedade e Depressão (RCADS) de Ebesutani et al. (2012) – versão reduzida, que avalia a ansiedade e a depressão, sendo uma medida construída tendo em conta a nosologia do DSM. É constituída por 25 itens avaliados numa escala de 4 pontos, que varia entre 0 (*nunca*) a 3 (*sempre*), dando origem a duas subescalas: Depressão, com 10 itens (e.g., “Sinto-me triste ou vazio”) e Ansiedade, com 15 itens (e.g., “Preocupo-me quando penso que fiz mal em alguma coisa”). A pontuação total do RCADS-25 é calculada através da soma dos itens e representa a gravidade da ansiedade geral e dos sintomas depressivos. Desta forma, uma pontuação mais alta reflete um maior grau de gravidade dos sintomas.

A versão reduzida deste instrumento “equilibra eficiência, amplitude e confiabilidade da pontuação da escala de uma maneira potencialmente útil para medições repetidas em ambientes clínicos, bem como triagens em larga escala que avaliam ansiedade e problemas depressivos” (Ebesutani et al., 2012, p. 833). Na presente amostra, o alpha de Cronbach foi de .80 para os itens relativos à ansiedade e .77 para os itens relativos à depressão.

Todas as análises de dados foram realizadas através do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS, versão 26.0; IBM SPSS, Chicago, IL) e da ferramenta PROCESS (Hayes, 2018).

Análises preliminares foram realizadas para avaliar se os dados seguiam uma distribuição normal. Segundo Field (2009) os testes não paramétricos de aderência Kolmogorov-Smirnov (K-S), com correção de Lilliefors, e o teste de Shapiro-Wilk, apresentam limitações uma vez que, com amostras de grandes tamanhos, é fácil obter resultados significativos a partir de pequenos desvios da normalidade e, desta forma, um teste significativo não nos diz necessariamente se o desvio da normalidade é suficiente para influenciar os procedimentos estatísticos que utilizamos. Portanto, seguindo as recomendações de Kline (2009), a normalidade foi avaliada por meio da análise de assimetria e curtose de cada variável. De acordo com este autor, a distribuição dos dados é considerada assimétrica se os valores de assimetria estiverem acima de 3.0. Relativamente à curtose, existe menos consenso, no entanto valores absolutos de cerca de 8.0 a mais de 20 indicam curtose extrema.

Foram calculadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas (Tabelas 1 e 2) e para as variáveis do estudo. Calcularam-se, também, correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis do estudo. Para identificar possíveis covariáveis a serem introduzidas no modelo de mediação, foram ainda calculadas correlações bivariadas de Pearson entre algumas variáveis sociodemográficas (e.g., sexo e idade), o mediador e a variável dependente. Usaram-se as diretrizes de Cohen (1988) para descrever e interpretar os tamanhos do efeito das correlações, ou seja, fracas para correlações próximas de .10, moderadas para próximas .30 e fortes para correlações de .50 ou superiores.

Com o objetivo de testar a hipótese de que a reatividade negativa influencia a sintomatologia ansiosa e depressiva na criança, através do mindfulness disposicional, foi estimado um modelo de mediação simples (modelo 4; Hayes, 2018), no qual a reatividade negativa foi considerada a variável independente, a sintomatologia ansiosa e depressiva as variáveis dependentes e o mindfulness disposicional a variável mediadora. Os efeitos indiretos foram calculados utilizando um procedimento de bootstrapping (com 5000 amostras), que cria intervalos de confiança de 95% dos efeitos indiretos. Um efeito indireto foi considerado significativo se o zero não estivesse contido no intervalo de confiança.

Resultados

Análises Preliminares

Tal como já referido, a normalidade foi avaliada seguindo as recomendações de Kline (2009), através da análise de assimetria e curtose de cada variável. Ao verificar que os valores de simetria são inferiores a 3 e que os da curtose menores que 8, podemos concluir que a amostra segue uma distribuição relativamente normal.

As estatísticas descritivas e as correlações bivariadas de Pearson, calculadas entre as variáveis em estudo, estão apresentadas na Tabela 3. Podemos verificar que existe uma correlação significativa, negativa, mas fraca, entre o mindfulness disposicional e a reatividade negativa ($r = -.16$, $p < .05$). Desta forma, quanto maiores os níveis de mindfulness disposicional da criança, menor será a sua reatividade negativa. Verificamos uma correlação forte e negativa, entre o mindfulness disposicional e a sintomatologia ansiosa ($r = -.61$, $p < .01$) e a sintomatologia depressiva ($r = -.56$, $p < .01$), o que significa que quanto maiores os níveis de *mindfulness* disposicional, menores serão os sintomas ansiosos e depressivos. Por outro lado, encontramos uma correlação forte positiva entre a sintomatologia ansiosa e depressiva ($r = .65$, $p < .01$), o que nos indica que quanto maiores os níveis de ansiedade, maiores os níveis de depressão.

Tabela 3

Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis em Estudo

| Variáveis em Estudo | M (DP); Min- Max | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------|--------------------------|--------|-------|-----|
| 1.Mindfulness Disposicional | 25.60 (7.07); 1-40 | --- | | |
| 2.Sintomatologia Depressiva | 8.43 (5.01); 0- 28 | -.56** | --- | |
| 3.Sintomatologia Ansiosa | 17.54 (7.51); 3-40 | -.61** | .65** | --- |
| 4.Reatividade Negativa | 2.63(0.59); 1.46-2.38 | -.16* | .06 | .05 |

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Análises de Mediação Simples

Antes da realização das análises de mediação, foram analisadas correlações bivariadas de Pearson entre o sexo e a idade, o mindfulness disposicional e a sintomatologia ansiosa depressiva, de modo a determinar se alguma variável deveria ser introduzida no modelo de mediação simples como covariável. Como demonstrado na Tabela 4, foi encontrada uma correlação positiva entre o sexo e a sintomatologia ansiosa. Deste modo, o sexo foi introduzido como covariável no modelo de mediação para a sintomatologia ansiosa.

Tabela 4

Correlações entre as Variáveis Demográficas, o Mediador e a Variável Dependente

| | Idade | Sexo |
|---------------------------|-------|------|
| Mindfulness Disposicional | .10 | -.02 |
| Sintomatologia Ansiosa | -.11 | .14* |
| Sintomatologia Depressiva | -.03 | .08 |

Nota. Sexo: 1 = Feminino, 2 = Masculino.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

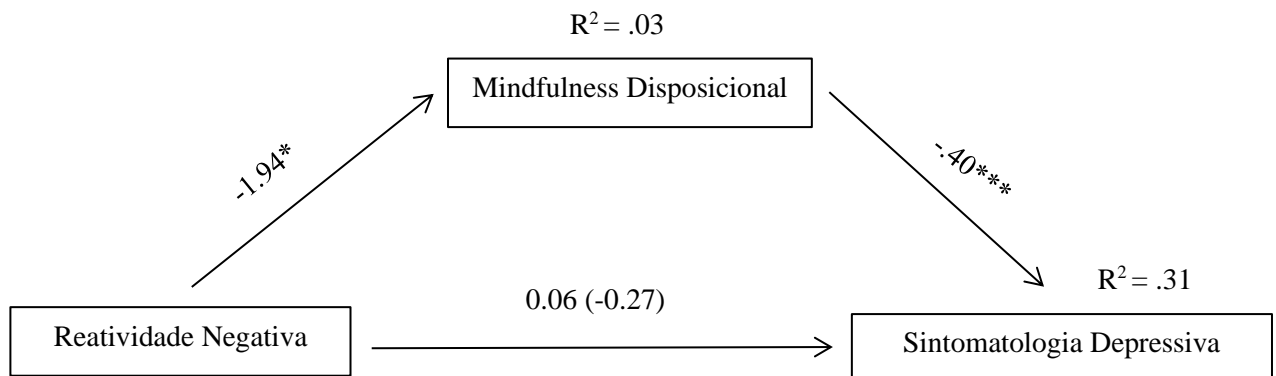
Modelo de Mediação para a Sintomatologia Depressiva

Como demonstrado na Figura 2, verificou-se uma associação negativa e significativa entre a Reatividade Negativa e o Mindfulness Disposicional ($b = -1.94$, $SE = 0.81$, $p = .017$; 95% IC = [-3.54, -.347]), num modelo que explica 3% de variância do mindfulness disposicional, $F(1, 217) = 5.76$, $p = .017$. Também a associação entre o mindfulness disposicional e a sintomatologia depressiva revelou-se negativa e significativa, ($b = -.40$, $SE = 0.04$, $p < .001$, 95% IC = [-.48, .32]). Adicionalmente, verificou-se que, tanto o efeito total ($b = .51$, $SE = .58$, $p = .381$), como o efeito direto ($b = .27$, $SE = 0.49$, $p = .59$) da reatividade negativa na sintomatologia depressiva não foram significativos. O modelo contribuiu para a explicação de 31.20% da variância da sintomatologia depressiva, $F(2, 216) = 48.98$, $p < .001$. Por fim, foi possível verificar um efeito indireto significativo entre a reatividade negativa e a

sintomatologia depressiva através do mindfulness disposicional (efeito indireto = 0.78, 95% IC = [0.25, 1.54]).

Figura 2

Diagrama Estatístico do Modelo de Mediação Simples entre a Reatividade Negativa e Sintomatologia Depressiva através do Mindfulness Disposicional



Nota. Os valores das trajetórias representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga a reatividade negativa à sintomatologia depressiva, o valor fora de parênteses representa o efeito total e o valor dentro de parênteses representa o efeito direto da reatividade negativa na sintomatologia depressiva.

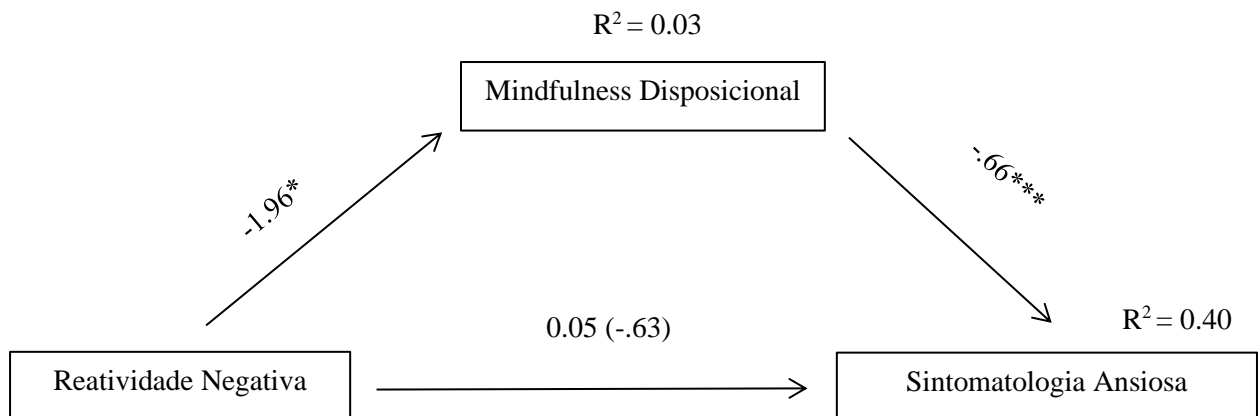
Modelo de Mediação para a Sintomatologia Ansiosa

Como demonstrado na Figura 3, verificou-se uma associação negativa e significativa entre a Reatividade Negativa e o Mindfulness Disposicional ($b = -1.96$, $SE = 0.81$, $p = .017$, 95% IC = [-3.56, -0.36], num modelo que explica 3% de variância do mindfulness disposicional, $F(2, 216) = 2.95$, $p = .054$, o que significa que 3% do mindfulness disposicional é explicado pela reatividade negativa. Verificou-se uma associação negativa e significativa entre o Mindfulness Disposicional e a Sintomatologia ansiosa ($b = -0.66$, $SE = 0.06$, $p < .001$, 95% IC = [-0.77, -0.55]). Verificou-se, ainda, que tanto o efeito total ($b = .66$, $SE = .86$, $p = .446$), como o efeito direto ($b = -0.63$, $SE = 0.69$, $p = .364$) da reatividade negativa na sintomatologia ansiosa não foram significativos. O modelo contribuiu para a explicação de 40% de variância da sintomatologia ansiosa, $F(3, 215) = 46.90$, $p < .001$. Por fim, foi possível verificar um efeito indireto significativo entre a reatividade negativa e a

sintomatologia ansiosa através do mindfulness disposicional (efeito indireto = 1.29, 95% IC = [0.01, 2.46]).

Figura 3

Diagrama Estatístico do Modelo de Mediação Simples entre a Reatividade Negativa e Sintomatologia Ansiosa através do Mindfulness Disposicional



Nota. Os valores das trajetórias representam os coeficientes de regressão não padronizados. Na seta que liga a reatividade negativa à sintomatologia ansiosa, o valor representa o efeito total da reatividade negativa na sintomatologia ansiosa.

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo compreender se a relação entre a reatividade negativa da criança e a sua sintomatologia depressiva e ansiosa poderia ser mediada pelos seus níveis de mindfulness disposicional. Desta forma, através de um modelo de mediação simples, foi possível perceber que a reatividade negativa e a sintomatologia depressiva e ansiosa relacionam-se de forma indireta, através do mindfulness disposicional. Uma vez que os efeitos totais e diretos não foram significativos, os resultados parecem sugerir que a relação entre reatividade negativa e a sintomatologia depressiva e ansiosa é exclusivamente indireta. Assim, este modelo sugere que, níveis mais elevados de reatividade negativa poderão contribuir para níveis mais baixos de mindfulness disposicional, o que, por sua vez, poderá contribuir para níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva da criança, o que corrobora a hipótese do presente estudo.

Tal como referido, os resultados encontrados sugerem a ausência de uma relação direta entre a reatividade negativa e a sintomatologia ansiosa e depressiva na criança. Assim, apesar da literatura referir que a reatividade negativa contribui para o desenvolvimento e manutenção de sintomatologia ansiosa e depressiva na criança (Barnhofer et al., 2011; Frick & Morris, 2004), a presente investigação mostra que esta relação pode ser explicada apenas pelo mindfulness disposicional, tendo este um papel importante nesta relação. Desta forma, e sabendo que a reatividade negativa é definida como a tendência da criança para reagir a acontecimentos frustrantes ou stressantes com alto grau de emotividade, nomeadamente com irritabilidade, raiva, tristeza, medo (Moreira et al., 2020), ansiedade, depressão, culpa/vergonha e preocupação (APA, 2013), sugere-se a realização de um estudo com uma amostra com características sociodemográficas distintas de forma a compreender melhor esta relação.

Apesar de existirem vários estudos que mostram que o mindfulness pode reduzir a reatividade negativa em adultos (e.g., Hanley et al., 2019; Keng et al., 2011) e em crianças (Vickery & Dorjee, 2016; Weare, 2012), no presente estudo analisamos esta variável enquanto característica temperamental e, portanto, aquilo que esperaríamos encontrar é que esta característica de temperamento da criança prejudicasse o desenvolvimento da sua capacidade em estar no momento presente, uma vez que, uma criança com níveis mais elevados de reatividade negativa teria, à partida, menores níveis de mindfulness. O presente estudo corroborou esta hipótese, existindo alguns fatores poderão explicar esta relação. Em primeiro lugar, o neuroticismo é considerado um traço central, um padrão de sentimentos,

pensamentos e ações estáveis, enquanto que o mindfulness disposicional é definido como a capacidade de estar atento ao momento presente, sendo considerado um traço superficial e, por isso, menos estável, que poderá ser promovido através da prática (Ioannou et al., 2021). Paralelamente, sujeitos com elevados níveis de neuroticismo tendem a refletir mais sobre experiências emocionais negativas anteriores (ruminam), estão constantemente preocupados, tendo, desta forma, muita dificuldade em focar a sua atenção no momento presente e de ter consciência dos seus sentimentos “no aqui e agora” (Borkovec et al., 1998; Matthews & Wells, 2014). Os nossos resultados sugerem que o mesmo poderá acontecer em crianças e não apenas em adultos. Desta forma, embora não tenhamos encontrado nenhum estudo com esta relação em crianças, os nossos resultados são claros, mostrando que existe uma relação entre a reatividade negativa e o mindfulness disposicional em idade pediátrica, em que níveis mais elevados de reatividade negativa poderão estar contribuir para níveis mais baixos de mindfulness disposicional.

Tal como já referido, no presente estudo, verificámos uma associação negativa e significativa entre o mindfulness disposicional e a sintomatologia ansiosa e depressiva da criança, ou seja, quanto menores os níveis de mindfulness maiores os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva. Através desta relação negativa, podemos inferir que níveis elevados de mindfulness na criança poderão estar associados a uma menor sintomatologia ansiosa e depressiva. Desta forma, estes resultados estão de acordo com estudos anteriores (e.g., Cunha et al., 2013; Greco et al., 2011; Kallapiran et al., 2015; Lee et al., 2008) que mostraram que as crianças que apresentam níveis mais elevados de mindfulness disposicional, evidenciam também menos sintomas depressivos e ansiosos. Uma criança com níveis mais elevados de mindfulness terá uma maior capacidade de estar no momento presente (Woods & Prove, 2014), o que desviará a sua atenção de pensamentos autocríticos (Andrews, 1998) e ruminativos (Cheung et al., 2004). Assim, as competências de mindfulness podem ajudar a criança a descentrar-se das suas experiências internas, que causam desconforto e olhar para as mesmas como acontecimentos transitórios e não como aspetos que a definem. Desta forma, a prática de mindfulness possibilita que se tornem menos reativas perante o momento presente, permitindo a construção de uma nova forma de lidar com a experiência atual, sobretudo a experiência negativa (Germer, 2016 citado por Dinelli & Assumpção, 2018).

É interessante notar que a percentagem de variância explicada pela reatividade emocional e pelo mindfulness disposicional foi superior para a sintomatologia ansiosa, o que significa que estas variáveis poderão ter um contributo maior em crianças ansiosas do que em Reatividade Negativa, Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Crianças em Idade Escolar:

crianças depressivas. Estes resultados encontram-se de acordo com as características do indivíduo com sintomatologia ansiosa ou depressiva. Ou seja, um indivíduo com sintomatologia ansiosa é mais reativo, mais ativo, agindo mais por impulso, do que um indivíduo com humor deprimido que se encontra num estado mais passivo, melancólico, apático e desanimado.

Limitações, Contributos e Implicações Clínicas

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser referidas e tidas em conta aquando da interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra é constituída maioritariamente por mães (80.8%), o que compromete a generalização dos resultados. Em segundo lugar, a maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto, completou o ensino superior, encontra-se empregado, o que, também, pode limitar a generalização dos resultados para populações com características sociodemográficas distintas. Em terceiro lugar, as crianças entre os 8 e 12 anos têm dificuldade em preencher e compreender alguns questionários, o que pode invalidar algumas respostas.

Em investigações futuras, será relevante colmatar as limitações referidas. Desta forma, sugere-se que a amostra seja recolhida em outras escolas de outras zonas do país (e não apenas na zona de Viseu), assim como a amostra entre o sexo dos progenitores masculino e feminino seja mais equilibrada e que inclua pais e crianças com características sociodemográficas distintas. Além disso, poderão ser aplicados questionários de hétero-resposta aos pais com o objetivo de validar as respostas das crianças.

Apesar da literatura referir que a reatividade negativa é um preditor da sintomatologia ansiosa e depressiva, no presente estudo não é encontrado um efeito direto entre estas variáveis. Assim, sugere-se a realização de um estudo longitudinal de forma averiguar com mais profundidade esta relação. Perante os nossos resultados, podemos verificar que a reatividade negativa e o mindfulness disposicional explicam 40% da sintomatologia ansiosa e 31% da sintomatologia depressiva da criança, o que significa que existem outros fatores que contribuem para explicar a variância destas variáveis. Desta forma, seria importante estudar os mesmos.

Apesar das limitações apontadas, este estudo representa um contributo importante, pois corrobora os escassos estudos existentes sobre os benefícios do mindfulness nas crianças e ainda coloca a questão se a reatividade negativa será mesmo um fator preditor da sintomatologia ansiosa e depressiva. Tal como já referido, a literatura mostra que na infância, a ansiedade e depressão são perturbações frequentes (Bahls, 2002) e comórbidas (Fortes et al., 2019). A presente investigação corroborou estes dados uma vez que encontramos uma

correlação forte e positiva entre a sintomatologia ansiosa e depressiva, o que nos indica que quanto maiores os níveis de ansiedade, maiores os níveis de depressão. Além disso, a literatura também nos diz que o mindfulness disposicional é um fator modificável, através das intervenções baseadas em mindfulness, e o presente estudo permitiu verificar que esta variável poderá ser um mecanismo explicativo relevante na relação entre a reatividade negativa e a sintomatologia ansiosa e depressiva da criança.

Neste sentido, este trabalho contribui para a reflexão sobre a psicologia no âmbito da educação para a saúde/saúde escolar, num contexto preventivo. Dado que evidências científicas apoiam a ação preventiva em todos os países da Região Europeia (Trindade, 2022), torna-se fundamental integrar o papel do psicólogo no âmbito da prevenção da doença, nomeadamente na doença mental, e não apenas na intervenção. De acordo com Trindade e Correia (2022), é essencial a participação do psicólogo em atividades de educação para a saúde nas escolas e na comunidade, com o objetivo de promover práticas de saúde, o que de acordo com Precioso e Taveira (2007) tem impacto na saúde futura das populações.

Assim, atendendo aos resultados do presente estudo e à literatura existente será pertinente que o psicólogo desenhe e implemente programas preventivos que promovem competências de mindfulness, uma vez que existem evidências que suportam o uso de intervenções baseadas no mindfulness para a promoção da saúde psicológica e física (Hofmann et al., 2010; Keng et al., 2011), nomeadamente para o tratamento de perturbações de ansiedade e depressão. Burke (2009) defende que as intervenções em mindfulness são benéficas com crianças, tanto em amostras clínicas como não clínicas, visto que têm um efeito positivo ao nível do seu bem-estar emocional. Desta forma, estes programas poderão ser aplicados a dois níveis de prevenção (nível prevenção universal e nível da prevenção seletiva). Poderão ser desenvolvidos programas de prevenção universal, em contexto escolar, dirigidos às crianças sem uma prévia análise de risco individual para a perturbação depressiva e ansiosa, assim como programas de prevenção seletiva em crianças em risco de desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva. Estes programas são também justificados por Trindade (2022), uma vez que de acordo com a autora, em Portugal a prevalência da depressão é uma das mais altas na Europa, sendo um fator de risco para outras perturbações, assim como para maiores taxas de mortalidade. Além disso, tal como é referido na presente Dissertação tanto a depressão como a ansiedade devem ser alvo de intervenção, uma vez que se não forem tratadas serão perpetuadas para a fase da adolescência e consequentemente, para o indivíduo enquanto adulto, sendo, desta forma, a sua prevenção é fundamental (WHO, 2016 citado por Trindade, 2022).

Referências Bibliográficas

- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Coords.Eds.), *Child psychopathology* (pp. 279-329). Guilford Press.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Association
- An, Y., Fu, G., Yuan, G., Zhang, Q., & Xu, W. (2019). Dispositional mindfulness mediates the relations between neuroticism and posttraumatic stress disorder and depression in chinese adolescents after a tornado. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(3), 482-493. <https://doi.org/10.1177/1359104518822672>
- An, Y., Yuan, G., Zhang, N., Xu, W., Liu, Z., & Zhou, F. (2018). Longitudinal cross-lagged relationships between mindfulness, posttraumatic stress symptoms, and posttraumatic growth in adolescents following the Yancheng tornado in China. *Psychiatry Research*, 266, 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.034>
- Andrews, B. (1998). Methodological and definitional issues in shame research. In P. Gilbert, & B. Andrews (Coords. Eds.), *Shame: interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 39– 54). Oxford University Press.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366. <https://doi.org/10.1590/s0021-75572002000500004>
- Barnhofer, T., Duggan, D. S., & Griffith, J. W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 958- 962. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.032>
- Beck, A., LeBlanc, J. C., Morissette, K., Hamel, C., Skidmore, B., Colquhoun, H., Lang, E., Moore, A., Riva, J., Thombs, B. D., Patten, S., Bragg, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Nicholls, S. T., Pajer, K., Potter, B. K., Meeder, R., Vasa, P., . . . Stevens, A. (2021). Screening for depression in children and adolescents: A protocol for a systematic review update. *Systematic Reviews*, 10 (1). <https://doi.org/10.37473/dac/10.1186/s13643-020-01568-3>
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety isorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457-478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.00>
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Zindel, V.S., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational

definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077

- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: Exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1298-1309. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9830-2>
- Bluth, K., Roberson, P. N., & Gaylord, S. A. (2015). A pilot study of a mindfulness intervention for adolescents and the potential role of self-compassion in reducing stress. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(4), 292-295. doi: 10.1016/j.explore.2015.04.005
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 561-576. <https://doi.org/10.1023/a:1018790003416>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Burke, C. A. (2009). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144. doi:10.1007/s10826-009-9282-x
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., McInnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness*, 4(2), 179-189. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0197-7>
- Cheung, M. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153. doi:10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Ciarrochi, J., Kashdan, T., Leeson, P., Heaven, P., & Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: A one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 34(4), 695-703. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.09.003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. In W. K. Silverman & A. Field (Coords.Eds), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention* (pp. 56-75). Cambridge University Press.

- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 837-844. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais: Ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, *25*(5), 576–82. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10675>
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Child and adolescent mindfulness measure (CAMM): Estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *26*(3), 459-468. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722013000300005>
- Dinelli, L.R., & Assumpção, A.A. (2018). Intervenções baseadas em mindfulness para crianças com sintomas de ansiedade: Revisão integrativa. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, *3* (6), 67-68. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18406>
- Dooley, B., Fitzgerald, A., & Giollabhui, N. M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *32*(1), 93-105. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.83>
- Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. R. (2012). The revised child anxiety and depression scale-short version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment*, *24*(4), 833-845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., Murphy, B.C., Losoya, S.H., Guthrie, I.K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing behaviour problems. *Child Development*, *72* (4), 1112-1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. Plenum.
- Feltman, R., Robinson, M. D., & Ode, S. (2009). Mindfulness as a moderator of neuroticism–outcome relations: A self-regulation perspective. *Journal of Research in Personality*, *43*(6), 953-961. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.08.009>
- Fernandes, L., Carvalho, F., Izbicki, S., & Melo, M. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão sistemática. *Psicologia - Teoria e Prática*, *16*(3), 83-99. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p83-99>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). SAGE Publicações.

- Fonte, C., & Caridade, C. (2022). Perturbações depressivas: Um caso clínico na adolescência. In C. Fonte, S. Caridade & M. Paulino (Coords), *Intervenção Psicológica em Crianças e Adolescentes* (pp.91-110). Pactor.
- Fortes, P. M., Willhelm, A. R., Petersen, C. S., & Almeida, R. M. (2019). Mindfulness em crianças com ansiedade e depressão: Uma revisão sistemática de ensaios clínicos. *Contextos Clínicos*, 12(2). <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.09>
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 54–68. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3301_6.
- Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 805-811. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.026>
- Greco, L. A., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological assessment*, 23(3), 606-614. doi: 10.1037/a0022819
- Hanley, A. W., de Vibe, M., Solhaug, I., Gonzalez-Pons, K., & Garland, E. L. (2019). Mindfulness training reduces neuroticism over a 6-year longitudinal randomized control trial in Norwegian medical and psychology students. *Journal of Research in Personality*, 82, 103859. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.103859>.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). Guilford Publications.
- Hendren, R. L., Haft, S. L., Black, J. M., White, N. C., & Hoefft, F. (2018). Recognizing psychiatric comorbidity with reading disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9(101), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00101>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hou, L., Chang, L., Chen, L., Fei, J., & Zhou, R. (2022). Exploring the roles of dispositional mindfulness and cognitive reappraisal in the relationship between neuroticism and depression among postgraduate students in China. *International Journal of Public Health*, 67. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605074>

- Iani, L., Lauriola, M., Cafaro, V., & Didonna, F. (2016). Dimensions of mindfulness and their relations with psychological well-being and neuroticism. *Mindfulness*, 8(3), 664-676. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0645-2>
- Ioannou, A., Tussyadiah, I., & Marshan, A. (2021). Dispositional mindfulness as an antecedent of privacy concerns: A protection motivation theory perspective. *Psychology & Marketing*, 38(10), 1766-1778. <https://doi.org/10.1002/mar.21529>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Aonde quer que eu vá*. Sinais de Fogo Publicações
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194. <https://doi.org/10.1111/camh.12113>
- Kandler, C., Zimmermann, J., & McAdams, D. P. (2014). Core and surface characteristics for the description and theory of personality differences and development. *European Journal of Personality*, 28(3), 231-243. <https://doi.org/10.1002/per.1952>
- Kenny, M., & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617- 625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008>
- Keng, S., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. In M. B. Stein & T. Steckler (Coords.Eds.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (pp. 21-35). Springer Berlin.
- Kidger, J., Araya, R., Donovan, J., & Gunnell, D. (2012). The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: A systematic review. *Pediatrics*, 129(5), 925-949. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2248>
- Kline, R. (2009). *Principals and practice of structural equation modelling* (3rd ed.). The Guildford Press
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 15-28. <https://doi.org/10.1891/0889.8391.22.1.15>

- Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2016). The age of onset of anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(4), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Lima, L., Lemos, M. S., & Guerra, M. P. (2010). Adaptação do inventário de temperamento para crianças em idade escolar: School-age temperament inventory - SATI de McClowry a uma população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 55-70. <https://hdl.handle.net/10216/26556>
- Marques, T., Pereira, A. I., Pedro, M., Russo, V., Goes, A. R., & Barros, L. (2015). Preliminary analysis of the portuguese version of the child anxiety life interference scale. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *28*(3), 454-462. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528304>
- McClowry, S. G. (1995). The development of the school-age temperament inventory. *Merrill-Palmer Quarterly*, *41*(3), 271–285. <http://www.jstor.org/stable/2>
- 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*(8), 595-607. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.002>
- Moreira, H., Caiado, B., & Canavarro, M. C. (2020). Is mindful parenting a mechanism that links parents' and children's tendency to experience negative affect to overprotective and supportive behaviors? *Mindfulness*, *12*(2), 319-333. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01468-6>
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*(4), 271- 289. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-8809-y>
- Pepping, C. A., & Duvenage, M. (2016). The origins of individual differences in dispositional mindfulness. *Personality and Individual Differences*, *93*, 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.027>
- Precioso, J., & Taveira, C. (2007). Psicologia e educação para a saúde em contexto escolar. In J.Teixeira (Coord.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp.71-100). Climepsi Editores
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(7), 623-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.007>

- Rettew, D. C., & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/10673220590923146>
- Rivero, L. M., Andrade, A. L., Figueredo, L. Z., Pinheiro, B. D., & Micheli, D. D. (2020). Evaluation of funfriends program in prevention of anxiety in brazilian children: A randomized controlled pilot trial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4497-4508. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.33072018>
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Hershey, K. L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40(1), 21–39. <https://www.jstor.org/stable/23087906>
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2007). Temperament. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Social, emotional and personality development* (6th ed.). New York: Wiley
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569–583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- 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>
- Trindade, I. (2022). Prevenção da depressão nos cuidados de saúde primários. In I.Trindade (Coord), *Cuidados de Saúde Primários* (pp.139-152). Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Vickery, C.E., & Dorjee, D. (2016). Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02025>
- Weare, K. (2012). Evidence for the impact of mindfulness on children and young people. *The Mindfulness in Schools Project in association with Mood Disorders Centre*. <http://mindfulnessinschools.org/>
- Wells, A., & Matthews, G. (2014). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press.
- Williams, J. M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-529. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.524>
- Woods, H., & Proeve, M. (2014). Relationships of mindfulness, self-compassion, and meditation experience with shame-proneness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 20-33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.20>
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>