

PUCRS

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CAMILA BOSSE PAIVA

**ESTUDO DA VALIDADE INTERNA DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL INFANTIL PARA TRATAMENTO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E/OU ANSIOSA**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO DA VALIDADE INTERNA DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL INFANTIL PARA TRATAMENTO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E/OU ANSIOSA**

CAMILA BOSSE PAIVA

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia.**

**Porto Alegre
Janeiro, 2018**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTUDO DA VALIDADE INTERNA DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL INFANTIL PARA TRATAMENTO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E/OU ANSIOSA**

CAMILA BOSSE PAIVA

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica

**Porto Alegre
Janeiro, 2018**

Ficha Catalográfica

P149e Paiva, Camila Bosse

Estudo da validade interna de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental infantil para tratamento da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa / Camila Bosse Paiva . – 2018.

167 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira.

1. Terapia cognitivo-comportamental infantil. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTUDO DA VALIDADE INTERNA DE UM PROTOCOLO DE TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL INFANTIL PARA TRATAMENTO DA
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E/OU ANSIOSA**

CAMILA BOSSE PAIVA

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Ilana Andretta

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof.^a Dr.^a. Irani Argimon

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof. Dr. Rodrigo Giacobbo Serra

Universidade FEEVALE (FEEVALE)

**Porto Alegre
Janeiro, 2018**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, Jairo, o qual sempre esteve ao meu lado e partiu poucos meses antes da conclusão desta importante etapa da minha vida. Entretanto sei que seguirá, a partir de algum outro lugar, com amor iluminando meu caminho e sendo meu eterno anjo da guarda.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que auxiliaram na concretização deste trabalho, aos colegas do grupo de avaliação e atendimento em psicoterapias cognitivo-comportamentais (GAAPCC), a toda equipe que compôs durante estes dois anos o grupo TRI, mas em especial as bolsistas de iniciação científica Carolina Maiato de Lima e Marina Heinen, que foram parceiras essenciais e amigas durante todas as etapas do projeto. Ao Lucas Schuster de Souza, colega e professor, pela paciência e contribuição nos momentos de análises estatísticas.

À minha orientadora, Margareth Oliveira, por ter me incentivado a sempre seguir em frente com o projeto, me transmitindo confiança quanto a possibilidade de concretização. Além de orientação, incentivo e apoio científico, também a agradeço pelo conforto emocional nos momentos mais difíceis.

Ao Renato e Marina Caminha, profissionais com quem tive a oportunidade de aprender e aperfeiçoar a profissão de psicólogo, pessoas que de fato colocam em prática aquilo que acreditam. Obrigada pelas supervisões à equipe desta pesquisa.

À minha família, por toda compreensão e incentivo durante a minha formação profissional. À minha mãe, Maria Helena, e à minha avó, Lourdes, por me mostrarem o quanto trabalhar com a infância pode ser gratificante e feliz. Ao Pedro Antoniutti, parceiro em todos os momentos desta etapa, por me apoiar, respeitar, compreender e amar.

Às famílias e aos participantes deste estudo, por terem se engajaram junto conosco para alcançar mudanças importante no pouco tempo que tivemos.

Aos integrantes da banca examinadora pelas contribuições para aprimoramento deste trabalho.

RESUMO

Os transtornos mentais na infância atingem uma prevalência de 13,4%, cuja 6,5% apresentam transtornos de ansiedade e 2,6% transtorno depressivo, sendo estes dois os mais prevalentes de forma isolada ou comorbida. A criação de programas para trabalhar estes transtornos em crianças torna-se importante para a não progressão dos sintomas no desenvolvimento posterior. Este estudo realizou uma revisão narrativa da literatura frente aos protocolos existentes para intervenção com crianças com base na terapia cognitivo-comportamental. Entretanto, o principal objetivo deste trabalho esteve em avaliar a validade interna do protocolo de Terapia de reciclagem infantil (TRI) em reduzir sintomas de ansiedade e/ou depressão em crianças de 8 a 12 anos. Também se avaliou problemas de saúde mental nos responsáveis pelos participantes e intensidade de distorções cognitivas da amostra. A pesquisa constituiu-se em um estudo descritivo e explicativo com delineamento de série temporal. Aplicou-se a TRI em 22 crianças de ambos os sexos com o objetivo de comparar a sintomatologia das crianças pré e pós intervenção, bem como no final de cada etapa de psicoterapia. A coleta de dados sintomatológicos se deu pela aplicação da SCARED e CDI, as distorções cognitivas foram monitoradas pelo questionário CATS. Os responsáveis foram avaliados a partir do ASR. Dos participantes que ingressaram no estudo, 19 concluíram o protocolo, o que demonstrou boa adesão ao tratamento. A principal sintomatologia no ingresso foi depressão e a maior prevalência esteve no sexo masculino. Os participantes apresentaram um perfil de redução progressiva de ambos os sintomas, bem como de pensamentos automáticos negativos. Os responsáveis pelas crianças apresentaram sintomas clínicos para problemas internalizantes. Os dados foram analisados por ANOVAS de medidas repetidas e para compreender as diferenças de médias em cada etapa do tratamento, foram realizadas análises Post Hoc. Os resultados sugerem que o protocolo colaborou para a redução da ansiedade e depressão significativamente ($p < 0,005$), além de melhora na intensidade das distorções cognitivas inicialmente apresentadas ($p < 0,005$). A principal mudança sintomatológica ocorreu após a etapa inicial do protocolo, ou seja, o trabalho com as emoções. Esses resultados sugerem que a TRI se mostrou uma boa ferramenta clínica no tratamento de sintomas ansiosos e depressivos no público infanto-juvenil. Avaliações de follow-up poderiam nos apontar se estes resultados foram mantidos ao longo do tempo, sendo esta uma sugestão para futuros estudos. Além disso, apresenta-se os dados a partir de um perfil conservados visto a ausência de grupo controle neste trabalho, o que também poderiam ser aprimorado em outros estudos.

Palavras-Chaves: ansiedade; depressão; terapia cognitivo-comportamental; crianças

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 – Intervenção Terapêutica

ABSTRACT

Mental disorders in childhood reach a prevalence of 13.4%, with 6.5% presenting with anxiety disorders and 2.6% with depressive disorder, the latter being the most prevalent in an isolated or comorbid form. The creation of programs to work these disorders in children becomes important for the non-progression of the symptoms in the later development. This study carried out a narrative review of the literature regarding the existing protocols for intervention with children based on cognitive-behavioral therapy. However, the main objective of this study was to evaluate the internal validity of the infant recycling therapy (TRI) protocol in reducing anxiety and / or depression symptoms in children aged 8 to 12 years. We also evaluated mental health problems among the participants and the intensity of cognitive distortions in the sample. The research consisted of a descriptive and explanatory study with a time series design. The TRI was applied in 22 children of both sexes with the purpose of comparing the symptoms of pre and post intervention children, as well as at the end of each stage of psychotherapy. The collection of symptomatic data was given by the application of SCARED and CDI, the cognitive distortions were monitored by the CATS questionnaire. Those responsible were assessed from the ASR. Of the participants who entered the study, 19 completed the protocol, which demonstrated good adherence to the treatment. The main symptomatology at admission was depression and the highest prevalence was in males. Participants presented a progressive reduction profile of both symptoms as well as negative automatic thoughts. Those responsible for the children presented clinical symptoms for internalizing problems. The data were analyzed by repeated measures ANOVA and to understand the differences of averages in each treatment step, Post Hoc analyzes were performed. The results suggest that the protocol contributed to the reduction of anxiety and depression significantly ($p < 0.005$), as well as an improvement in the intensity of the cognitive distortions initially presented ($p < 0.005$). The main symptom change occurred after the initial stage of the protocol, that is, the work with the emotions. These results suggest that TRI has proved to be a good clinical tool in the treatment of anxious and depressive symptoms in children and adolescents. Follow-up evaluations could indicate if these results were maintained over time, and this is a suggestion for future studies. In addition, we present the data from a conserved profile seen the absence of control group in this work, which could also be improved in other studies.

Keywords: anxiety; depression; cognitive behavioral therapy; children

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 - Therapeutic Intervention

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
SUMÁRIO	8
RELAÇÃO DE TABELAS	10
RELAÇÃO DE FIGURAS	11
LISTA DE SIGLAS	12
1. APRESENTAÇÃO	13
1.1. Transtornos de ansiedade na infância	15
1.1.1. <i>Transtorno de Ansiedade de Separação (TASep)</i>	17
1.1.2. <i>Transtorno de Ansiedade Social (TAS)</i>	18
1.1.3. <i>Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)</i>	19
1.1.4. <i>Fobia Específica (FE)</i>	19
1.1.5. <i>Transtorno de Pânico (PA)</i>	20
1.2. Transtornos depressivos na infância	20
1.2.1. <i>Transtorno Depressivo Maior</i>	22
1.2.2. <i>Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor</i>	23
1.3. Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças	23
1.3.1. <i>Terapia de Reciclagem Infantil (TRI)</i>	27
1.4. Justificativa	33
2. OBJETIVO	34
2.1. Objetivo Geral	34
2.2. Objetivos Específicos	34
2.3. Hipóteses	34
3. MÉTODO	35
3.1. Delineamento	35
3.2. Cálculo amostral	35
3.3. Local de estudo	35
3.4. Critérios de Inclusão	35

3.5. Critérios de Exclusão.....	36
3.6. Instrumentos para coleta de dados	36
3.6.1. <i>Questionários de Dados Sociodemográficos.....</i>	36
3.6.2. <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>	36
3.6.3. <i>Children’s Depression Inventory (CDI)</i>	37
3.6.4. <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)</i>	37
3.6.5. <i>Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças e Adolescentes (CATS).....</i>	37
3.6.6. <i>Escala de inteligência Wechsler abreviada (WASI).....</i>	38
3.6.7. <i>Adult Self-Report (ASR).....</i>	38
3.7. Intervenção Psicológica	38
3.7.1. <i>Psicoterapia – Terapia da Reciclagem Infantil (TRI)</i>	39
3.7.2. <i>Reavaliações psicológicas</i>	39
3.8. Procedimentos para Análise dos Dados.....	39
3.9. Aspectos Éticos.....	40
3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	41
3.1 Seção teórica.....	41
3.2 Seção empírica	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	98
ANEXOS	107

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos objetivos das sessões de psicoterapia com a TRI de acordo com cada etapa do protocolo.....	77
Tabela 2. Descrição dos dados sociodemográficos, escolares e sintomatológicos.....	80
Tabela 3. Médias e desvios-padrão pré e pós intervenção.....	81
Tabela 4. Resultados das ANOVAS de medidas repetidas de acordo com o instrumento avaliado.....	82
Tabela 5. Médias e desvios-padrão pré e pós intervenção.....	83

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1. Resultados do teste Post Hoc de comparação de médias nos quatro tempos da intervenção.....	83
--	----

LISTA DE SIGLAS

TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TRI	Terapia de reciclagem infantil
TASep	Transtorno de ansiedade de separação
TAS	Transtorno de ansiedade social
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
PA	Transtorno de pânico
FE	Fobia específica
SCARED	<i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
CATS	Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças e Adolescentes
WASI	Escala de inteligência Wechsler abreviada
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
ASR	<i>Adult Self-Report</i>
QI	Coefficiente de inteligência
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
NICE	<i>National Institute of Clinical Excellence</i>
OMS	Organização mundial da saúde
LABICO	Laboratório de Intervenções Cognitivas
SAPP	Serviço de atendimento e pesquisa em psicologia

1. APRESENTAÇÃO

Os transtornos de ansiedade e depressão, muito bem caracterizados para a população adulta, também são observáveis e prevalentes em crianças e adolescentes, destacando-se por serem os mais comuns nesta faixa etária (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Sabe-se que muitos, se não a maioria dos transtornos psiquiátricos, terão seu início na infância ou adolescência, podendo acarretar importantes prejuízos na vida desses sujeitos (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; Petersen & Wainer, 2011; Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

Dados epidemiológicos disponíveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam uma prevalência mundial de transtornos mentais na infância e adolescência de aproximadamente 20%, destes 4 a 6% são reconhecidos com necessidade de uma intervenção clínica (World Health Organization, 2001). Estima-se que entre 10% a 20% das crianças e adolescentes irão apresentar algum tipo de transtorno de ansiedade (Costello, Egger & Angold, 2005), o que nos indica a necessidade de identificação e intervenção precoce.

No Brasil, um estudo que avaliou 479 crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo, apontou que 24,6% da amostra possuía problemas de saúde mental (Paula, Duarte & Bordin, 2007). No estudo de Kessler e colaboradores (2005), os autores relatam que metade de todos os casos de transtornos mentais iniciam antes dos 14 anos de idade, sendo ainda mais precoce quando se trata dos transtornos de ansiedade. Outro estudo brasileiro apontou que 01 em cada 08 crianças desenvolvem algum transtorno mental (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Quanto aos sintomas depressivos na infância, dados sugerem que estes variam de 13,9% (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005) a 22% (Barbosa, Dias, Gaião & Lorenzo, 1996). A variação dos dados encontrados pode estar relacionada ao método diferente utilizado nos estudos. A respeito da prevalência de ansiedade, um estudo realizado no Sul do Brasil encontrou índices de transtorno de ansiedade em 6,1% dos pré-adolescentes participantes (Anselmi et al., 2010).

Cerca de 75% dos casos de transtornos mentais em crianças e adolescentes não recebem tratamento, números que tendem a ser ainda mais expressivos nos países em desenvolvimento (World Health Organization, 2001). Porém, sabe-se que apenas

aproximadamente metade das pessoas com transtornos mentais procuram tratamento com um profissional de saúde mental (Merikangas et al., 2010). Entretanto, muitas vezes a falta de tratamento também pode estar relacionada a uma dificuldade de se realizar o diagnóstico, haja vista a idade por vezes precoce do paciente, a heterogeneidade da manifestação dos sintomas e a presença não incomum de comorbidades associadas (Gauy & Rocha, 2014; Allgaier et al., 2014).

Calderaro e Carvalho (2005) afirmam que os sintomas depressivos podem se manifestar de forma mascarada, sendo comum observar déficit de atenção, hiperatividade, baixa autoestima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Já os sintomas de ansiedade podem estar associados a dificuldades de relacionamento no âmbito social, escolares e de ajustamento pessoal significativos (Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014).

Considerando este contexto, os transtornos mentais não tratados na infância podem se relacionar com maiores taxas de psicopatologia na adolescência e vida adulta, bem como à problemáticas com maior gravidade. Um estudo apontou que ter um transtorno mental na infância ou adolescência é um potente fator de risco para uma série de problemas psiquiátricos no desenvolvimento posterior (Copeland et al., 2013; Wolk et al., 2016). Um exemplo disto está na correlação encontrada entre presença de transtorno de ansiedade na infância e transtorno de pânico na vida adulta (Manfro et al., 2002; Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014).

Além da prevalência de transtornos mentais de forma isolada, sabe-se da possível existência de comorbidades entre eles, com destaque para a associação entre transtornos de ansiedade e depressão (Breton et al., 2012; Wolk et al., 2016). No estudo de Axelson & Birmaher (2001), foi possível observar que cerca de 25 a 50% dos jovens deprimidos também apresentavam transtornos de ansiedade em comorbidade, e cerca de 10 a 15% dos jovens ansiosos apresentaram depressão.

Costello e colaboradores (2003) identificaram, em um estudo longitudinal, que 36,7% de uma amostra de 1420 crianças desenvolvem, até seus 16 anos, ao menos um transtorno mental. Destes, 9,9% desenvolverão algum transtorno de ansiedade e 9,5% algum transtorno

depressivo. Ford, Goodman e Meltzer (2003) encontraram que cerca de 01 em cada 10 crianças desenvolvem algum transtorno mental, sendo 3,8% com transtorno de ansiedade e 0,9% com transtorno depressivo.

De modo geral, os transtornos ansiosos e depressivos na infância podem estar relacionados a uma variedade de consequências negativas. Dentre os contextos que podem estar prejudicados estão o familiar, relacionamento interpessoal e escolar (Neil & Christensen, 2009; Vianna, Campos, & Landeira-Fernandez, 2009; Cruvinel & Boruchovitch, 2014). A busca por ajuda clínica normalmente ocorre justamente quando as consequências estão ocorrendo, as crianças geralmente chegam a terapia quando, por exemplo, estão causando problemas para o sistema familiar ou escolar (Friedberg & McClure, 2004). Quando encaminhadas para algum serviço de saúde, geralmente as queixas estão relacionadas com problemas de comportamento ou emoções (Asbahr, 2004; Petersen & Wainer, 2011).

Diversas abordagens psicoterapêuticas são utilizadas nos transtornos na infância, como a abordagem Psicanalítica, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC), a Terapia Familiar e o tratamento medicamentoso. A TCC é indicada pela National Institute of Clinical Excellence (NICE) para o tratamento de depressão infantil e adolescente moderada e grave. A mesma NICE recomenda que o tratamento psicoterápico venha antes da utilização de medicação e que seja com tempo limitado e estruturado (NICE, 2005).

Além de ser indicada para depressão, pesquisas apontam a eficácia da TCC também para tratamento da ansiedade. Uma metanálise foi realizada com 55 estudos sobre a aplicação de diferentes psicoterapias e indicou que as Terapias Cognitivo-Comportamentais auxiliam na redução dos sintomas de ansiedade infantil, entretanto, os resultados mais significativos estavam entre crianças mais velhas e adolescentes (Reynolds et al., 2012).

1.1. Transtornos de ansiedade na infância

A ansiedade é considerada uma emoção inata, inerente a todas as pessoas, que pode atuar de forma protetiva ao ser humano, por exemplo, o auxiliando a agir em sua defesa quando em momentos de ameaça. Assim, nem todo sentimento de ansiedade pode ser considerado patológico, intensidade e frequência necessitam ser avaliadas ao se realizar um

diagnóstico, pois estas auxiliarão o profissional a identificar se uma ansiedade é normal ou patológica.

A ansiedade pode ser descrita como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade também é apresentada como uma emoção desagradável de sentir e relaciona-se com outra emoção, o medo, os quais manifestam-se de modo semelhante (APA, 2014). O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (Castillo et al, 2000).

Os transtornos de ansiedade na infância foram vistos por muito tempo como transitórios, raros ou com baixo impacto na vida e desenvolvimento dos sujeitos. Foi a partir da década de 90 que pesquisadores começaram a estudar e revelar que na verdade estes transtornos eram muito comuns e poderiam acarretar diversos prejuízos (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Na infância, sintomas como medo, timidez e preocupações são comuns, assim como maior ansiedade no escuro, por ficar longe dos pais ou em momentos de fazer escolhas, porém todos com curso rápido (Connolly & Bernstein, 2007).

A ansiedade pode ser reconhecida como patológica quando é exagerada e desproporcional em relação ao estímulo gatilho, apresentando algumas características clínicas comuns (Castillo et al, 2000; Beesdo, Knappe & Pine, 2009). Sobretudo, para ser considerada patológica, necessita impactar negativamente o funcionamento diário do sujeito e causar sofrimento clinicamente significativo (APA, 2014). A origem destes transtornos na infância é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos (Epkins & Heckler, 2011; APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade na infância podem se apresentar com uma grande gama de sintomas emocionais, como preocupações, pânico, medo e irritabilidade. O sintoma comportamental mais proeminente é a evitação, ou porque não conseguem evitar a situação ou porque a evita em demasia. Quanto aos sintomas cognitivos, as crianças podem apresentar previsões e expectativas catastróficas de enfrentamentos malsucedidos nas situações ansiogênicas (Friedberg & McClure, 2004; Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Os manuais diagnósticos, tais como o DSM 5 (APA, 2014), não apresentam critérios sintomatológicos diferentes para adultos e crianças com transtornos ansiosos. Sendo assim, os transtornos de ansiedade podem ser classificados como: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Transtorno de Ansiedade com Outra Especificação e Transtorno de Ansiedade Inespecífico (APA, 2014).

Estima-se que menos de um terço dos jovens com transtornos de ansiedade procuram tratamento e ainda menos recebem um tratamento baseado em evidências (Merikangas et al., 2010). Uma metanálise que avaliou 55 estudos sobre prevalência de Transtornos de Ansiedade encontrou que 10% apresentou critérios para algum dos diagnósticos, 5,4% apresentou Fobia Específica, 3,6% Transtorno de Ansiedade Social, 2,6% Transtorno de Ansiedade de Separação e 0,8% Transtorno de Pânico (Costello, Egger & Angold, 2005). Outro estudo, realizado na cidade de Pelotas/RS, com mais de 4 mil pré-adolescentes encontrou, entre a prevalência de transtorno de ansiedade, 1,4% para Transtorno de Ansiedade Generalizada, 1,4 Fobia Específica, 0,7% Transtorno de Ansiedade de Separação e 0,1% para Transtorno de Ansiedade Social (Anselmi et al., 2010). Serão descritos a seguir os critérios diagnósticos para os transtornos de ansiedade encontrados na literatura como os mais prevalentes em crianças e adolescentes, como especificados acima.

1.1.1. *Transtorno de Ansiedade de Separação (TASep)*

A ansiedade em separar-se dos cuidadores em crianças muito pequenas, entre 1 e 3 anos, é tida como um sinal de normalidade, porém sua persistência pode acarretar prejuízos, como dificuldades no desenvolvimento da autonomia e inserção escolar (Milrod et al., 2014). O Transtorno de Ansiedade de Separação é caracterizado por um medo ou ansiedade em excesso envolvendo o afastamento de casa ou de figuras de apego (geralmente os pais), este sentimento deve exceder o padrão esperado em relação ao estágio de desenvolvimento do indivíduo, ou seja, ser identificado como inadequado (APA, 2014).

O componente familiar vem sendo estudado em crianças com TASep, e percebe-se que este pode ser um dos fatores para o desenvolvimento das perturbações de ansiedade infância, pois também costuma ser encontrada ansiedade nestes pais (Last et al., 1991; Milrod et al., 2014). Estudos apontam que um diagnóstico na infância de transtorno de ansiedade de separação aumenta significativamente o risco de transtorno do pânico e qualquer transtorno de ansiedade no futuro (Kossowsky et al., 2013; Milrod et al., 2014).

1.1.2. *Transtorno de Ansiedade Social (TAS)*

O Transtorno de Ansiedade Social também é conhecido e denominado por algumas pessoas como Fobia Social. Este caracteriza-se por um medo ou ansiedade em grande intensidade de situações sociais nas quais o sujeito possa ser avaliado pelos outros. Em crianças, estes sintomas ocorrem em contextos com os pares, e não somente na interação com adultos (APA, 2014).

A ocorrência de TAS na infância está associada a interferências significativas no nível social e acadêmico, podendo também facilitar uma redução da qualidade de vida (Martins, Almeida & Viana, 2014). As crianças com intensa ansiedade social fazem menos amigos, podem se sentir mais solitárias quando comparada às demais e mais suscetíveis de serem ignoradas ou rejeitadas (Beidel et al., 2007; Blöte, Kint & Westenberg, 2007). Estas questões merecem importante atenção, sobretudo por a infância ser uma idade crucial para a socialização e desenvolvimento das relações e habilidades interpessoais (Martins, Almeida & Viana, 2014). Sobre fatores de risco, sabe-se que a inibição comportamental é um dos maiores quando se trata de TAS (Clauss & Blackford, 2012).

Este diagnóstico possui o especificador “somente desempenho”, usasse-o quando o sujeito apresenta estas características apenas em uma performance de exposição, como acadêmica ou de trabalho, por exemplo, apresentar um trabalho ou dar uma palestra. Pessoas com este diagnóstico não evitam outros tipos de interação social (APA, 2014).

1.1.3. *Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)*

O Transtorno de Ansiedade Generalizada possui como características principais a ansiedade e preocupação excessivas e apreensivas acerca de diversos eventos ou atividades diárias, estas reações são desproporcionais a realidade ou ao impacto do evento antecipado. Crianças com este transtorno tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou com a qualidade de seu desempenho, podendo estar relacionado com a escola ou eventos esportivos, mesmo quando estes não serão avaliados por outros (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; APA, 2014). Os sujeitos também podem apresentar sintomas físicos de ansiedade, como a taquicardia e o tremor, além de sintomas que incluem inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e distúrbios do sono (Lader, 2015).

Crianças com TAG são descritas como “pequenos adultos” devido as suas intensas preocupações, as quais incluem perfeccionismo, pontualidade, segurança e saúde de si e dos outros, eventos do mundo - desastres climáticos e guerra - finanças da família, e eventos de um futuro distante (Layne et al., 2009). Pesquisadores avaliaram crianças de 7 a 11 anos de idade com diagnóstico de TAG e verificaram que 86% delas obtiveram outro diagnóstico em comorbidade, entre eles o de depressão (Layne et al., 2009).

1.1.4. *Fobia Específica (FE)*

A Fobia Específica possui como característica essencial o medo ou ansiedade acerca da presença de uma situação ou objeto particular, que pode ser denominado como estímulo fóbico e que desencadeia os sintomas (APA, 2014). Alguns medos na infância são tidos como particularmente comuns, por exemplo o medo de animais e injeções, ocorrendo habitualmente de modo transitório. Assim, este diagnóstico não se justifica a não ser que os receios levem a um comprometimento clinicamente significativo, os quais podem se manifestar na infância, pensando em um exemplo de fobia por cachorros, com a falta de vontade de ir à escola por medo de encontrar um cão na rua (Beesdo, Knappe & Pine, 2009).

Embora a FE seja comum na infância, considera-se que sua prevalência seja maior em adultos, podendo inclusive ser um comportamento aprendido de geração para geração (Bagnell, 2011). Um estudo foi conduzido para verificar o estado de saúde mental dos pais de

crianças com este diagnóstico e verificou-se que 54% das crianças tinham pelo menos um dos pais que sofriam de um distúrbio emocional ou mental, 46% deles tinham um transtorno de ansiedade e em 32% apresentavam FE (Lieberman & Öst, 2016).

As categorias das situações ou objetos temidos são apresentadas como especificadores, entre eles: animais, ambiente natural, sangue, injeções e ferimentos (APA, 2014). Alguns indivíduos podem temer objetos ou situações de mais de uma categoria.

1.1.5. *Transtorno de Pânico (PA)*

O Transtorno de pânico caracteriza-se por um susto abrupto de medo ou intenso desconforto com sintomas físicos e cognitivos que atingem um pico em minutos. Estes sintomas são descritos como ataques de pânico de início inesperado e recorrentes, apontando que não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência. Entretanto, também existem os ataques de pânico esperados, os quais existe um indício ou desencadeante sabido, com uma situação específica (APA, 2014).

A característica de imprevisibilidade do ataque pode provocar extremo medo sobre ter outro ataque, especialmente em lugares onde outros podem ver ou onde escapar e pedir ajuda não seja possível. Os indivíduos com TP podem apresentar evitação por qualquer situação associada ao ataque de pânico prévio (Bagnell, 2011). Este diagnóstico apresenta baixa prevalência na infância, sendo menor do que 1%, dados que se modificam na adolescência, passando para aproximadamente 3% (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; Klein, 2009).

1.2. Transtornos depressivos na infância

A depressão em crianças, assim como a ansiedade, por muito tempo foi negligenciada, acreditando-se que estes sintomas não impactavam negativamente o funcionamento infantil. Embora já se saiba de sua existência e importância, o diagnóstico segue sendo uma dificuldade, e quando uma avaliação correta não é feita, há um impedimento de se realizar um tratamento efetivo e precoce contra a sintomatologia, o que favorece a evolução ou progressão dos transtornos tanto depressivos quanto ansiosos (Friedberg & McClure, 2004).

A depressão é um transtorno de humor multifatorial e que envolve complexas interações entre questões genéticas, afetivas, cognitivas, comportamentais, fisiológicas, sociais e ambientais, tanto em adultos quanto em crianças, impactando suas vidas em curto e longo prazo (Maughan, Collishaw & Stringaris, 2013). Na infância, os sintomas depressivos não se manifestam de forma isolada e vem acompanhados a problemas escolares e prejuízos no funcionamento psicossocial e comportamental (Cruvinel & Boruchovitch, 2014). Crianças deprimidas podem apresentar humor deprimido, entretanto algumas manifestam mais irritabilidade do que o próprio humor deprimido, característica que pode dificultar ou confundir o diagnóstico na infância (Friedberg & McClure, 2004).

Algumas crianças podem apresentar redução no rendimento escolar devido ao seu desinteresse, falta de concentração e dificuldades de raciocínio, pois a atenção e a concentração são áreas cognitivas que tendem a estar prejudicadas (Ribeiro, Macuglia & Dutra, 2013). Estas características podem facilmente serem confundidas com outros transtornos, como o de déficit de atenção, salientando novamente fatores que podem mascarar ou confundir um correto diagnóstico.

Uma peculiaridade da depressão infantil que pode deixar o diagnóstico mais complexo, está na falta de reconhecimento dos pais, principalmente quando os sintomas são retraimento e isolamento, pois, geralmente, a criança normalmente é levada para uma avaliação quando os sintomas incomodam aos pais ou a escola (Scivoletto & Tarelho, 2002; Friedberg & McClure, 2004). Ademais, é também visto como comum, que crianças apresentem sintomas físicos, como dores de cabeça, abdominais e ansiedade, salientando a heterogeneidade dos sintomas e a dificuldade no reconhecimento dos sintomas (Bahls, 2002; Allgaier et al., 2014). Em alguns casos, instrumentos de avaliação infantil podem auxiliar na identificação do problema ou diagnóstico, o que não exclui uma avaliação clínica (Coutinho, Carolino & Medeiros, 2008).

Um estudo que avaliou 54 crianças de oito a 12 anos com e sem sintomatologia depressiva apontou que as crianças com sintomas depressivos, ao contrário das sem sintomas, fazem autojulgamentos negativos, se percebem como menos competentes e capazes e se avaliam negativamente em diversas áreas de suas vidas (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Estes dados nos mostram alguns setores que estão negativamente impactados em crianças que apresentam sintomas depressivos e que necessitam de cuidados.

A literatura salienta fatores de risco para o aparecimento dos sintomas, como abandono ou morte de um dos pais, atitudes disfuncionais de um dos pais, baixo rendimento escolar e dificuldade de relacionamentos com professores ou amigos (Cruvinel & Boruchovitch, 2014; Bahls, 2002). Entretanto, sabe-se que os principais fatores de risco é a presença de depressão em um dos pais e a exposição a eventos estressantes (Maughan, Collishaw & Stringaris, 2013).

Embora se saiba da importância de uma intervenção precoce para evitar a evolução dos sintomas e prejuízos futuros, um estudo de revisão sistemática apontou que os profissionais de saúde ainda não estão treinados adequadamente para lidar com a depressão infantil (Lima et al., 2013). Este dado revela que existe uma necessidade de desenvolvimentos de programas destinados a capacitar profissionais para atender a esta demanda.

1.2.1. *Transtorno Depressivo Maior*

Os manuais diagnósticos, tais como o DSM 5 (APA, 2014), não apresentam critérios sintomatológicos específicos diferentes entre adultos e crianças para transtorno depressivo e transtornos ansiosos. Sendo assim, o transtorno depressivo maior é caracterizado por humor triste, falta interesse ou prazer, alterações (para mais ou menos) no peso, sono, nos movimentos psicomotores, bem como fadiga, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos de morte ou tentativa de suicídio. O DSM 5 apresenta que crianças podem apresentar mais comumente irritação, ao invés de tristeza, perda de peso e prejuízo no rendimento escolar.

O transtorno depressivo maior também se caracteriza por estar presente na maior parte do dia, todos os dias. Inicialmente a tristeza pode ser negada, mas revela-se por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e atitudes (APA, 2014). O DSM 5 ainda traz alguns especificadores quanto a gravidade (leve, moderado e grave) e a descrição do episódio atual (com sintomas ansiosos, características mistas ou melancólicas, características psicóticas entre outros).

1.2.2. *Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor*

Este transtorno é caracterizado por um temperamento explosivo com graves e recorrentes manifestações de agressividade verbal ou física. Apresenta duas manifestações clínicas proeminentes, as frequentes explosões de raiva e o humor persistentemente irritável ou zangado, presentes entre as explosões de raiva. As explosões podem ocorrer em resposta à frustração e serem verbais ou comportamentais. Já o humor irritável ou zangado é característico na criança (Araújo & Lotufo Neto, 2014; APA, 2014).

A manifestação clínica deste transtorno deve ser diferenciada das apresentações de outras condições relacionadas, por exemplo o transtorno bipolar. Este transtorno foi acrescentado ao DSM 5 como um recurso para abordar a preocupação quanto à classificação e tratamento apropriados das crianças que apresentam irritabilidade crônica persistente em relação a crianças que apresentam transtorno bipolar, pois alguns profissionais classificavam que a irritabilidade não episódica grave em crianças poderia ser uma manifestação de mania. Antes desta nova classificação, eram combinadas duas apresentações clínicas em uma única categoria, ou seja, as apresentações episódicas de mania e as não episódicas de irritabilidade grave eram rotuladas como transtorno bipolar em crianças. Portanto, esta nova classificação vem para tornar mais preciso o diagnóstico em crianças e seu detalhamento tenta evitar que o mesmo seja aplicado a crianças saudáveis com comportamento de birra (Araújo & Lotufo Neto, 2014; APA, 2014).

1.3. Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) integra diversas técnicas e conceitos advindos de duas principais abordagens teóricas, a cognitiva e a comportamental. Muitas vezes, o termo TCC é utilizado como sinônimo da terapia cognitiva, a qual foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 60, inicialmente para tratamento da depressão. Beck organizou uma estrutura de psicoterapia de curta duração, voltada para o presente e direcionada para a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 2013).

O modelo cognitivo pressupõe que a cognição influencia o comportamento dos sujeitos, entretanto, partindo do entendimento de que os pensamentos podem ser monitorados, é possível aprender a avaliar os pensamentos disfuncionais de uma forma mais realista e adaptativa, obtendo melhoras emocionais e comportamentais a partir da reestruturação cognitiva (Beck, 2013). Segundo Beck descreveu em um artigo sobre a teoria cognitiva da depressão, não é a situação propriamente dita que determina o modo como as pessoas sentem, mas sim a forma com que elas interpretaram os fatos ocorridos na situação. Assim, identificar pensamentos e crenças é essencial para os modificar e reduzir os sintomas (Beck, 1964).

Atualmente a TCC é utilizada como tratamento para diversas psicopatologias além da depressão, como por exemplo os transtornos de ansiedade, transtorno de humor bipolar e dependência química. Estudos empíricos têm indicando sua eficácia favorável com ou sem medicação no tratamento de diferentes transtornos mentais (Beck, 2005; Kendall & Hedtke, 2006; Wiles et al., 2013).

Assim como em adultos, a TCC também pode ser utilizada para tratamento de psicopatologias na infância e adolescência, auxiliando, por exemplo, na abordagem clínica para os transtornos de ansiedade e depressão (Elkins et al., 2011; Hirshfeld-Becker et al., 2010). O objetivo do tratamento a partir da TCC está em ir em busca uma modificação da estrutura cognitiva das crianças, para que ela consiga se comportar, sentir e pensar de modo diferente e mais adaptativo no futuro (Petersen & Wainer, 2011).

Friedberg e McClure (2004) descrevem algumas semelhanças com o modelo de TCC para o adulto, pois na infância mantem-se o empirismo colaborativo e a descoberta orientada, o estabelecimento de uma agenda flexível e a evocação de feedback. Quanto as diferenças, os mesmos autores destacam que a terapia com crianças enfatiza o aqui-e-agora, visto que são orientadas pelas ações e podem aprender com facilidade fazendo. Sobretudo, sua motivação pode aumentar enquanto eles estiverem se divertindo.

Uma característica do tratamento com crianças está em o terapeuta precisar olhar para o ambiente natural da criança, como por exemplo o familiar, e poder intervir também neste espaço, visto que ele terá forte poder para reforças ou extinguir habilidades a serem desenvolvidas na terapia (Friedberg & McClure, 2004; Petersen & Wainer, 2011). Além desta

característica, também é fundamental ao utilizar TCC com crianças que se tenha mecanismos lúdicos para acessá-las, com uma linguagem compreensível para sua fase do desenvolvimento e que possam facilitar o trabalho em nível tanto cognitivo quanto comportamental.

Um estudo que objetivou avaliar a eficácia da TCC em adultos, obteve indícios que esta é uma abordagem eficaz para a depressão resistente ao tratamento (Wiles et al., 2013). Os mesmos pesquisadores recentemente publicaram um seguimento deste estudo, o qual apontou que a TCC além de reduzir os sintomas depressivos também melhora a qualidade de vida do paciente 46 meses após o término dos atendimentos (French et al., 2016).

Uma metanálise foi realizada envolvendo 41 estudos e 1806 participantes, este estudo indicou que a TCC é eficaz em reduzir sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes (James et al., 2015). Outro estudo, também com o método de metanálise, indicou que a TCC é um tratamento eficaz em reduzir sintomas depressivos em crianças, os quais se mantiveram 6 meses após o término dos atendimentos (Hofmann et al., 2012).

A TCC para o tratamento da depressão infantil envolve uma diversidade de técnicas com comprovada eficácia para remissão dos sintomas, como o incremento de atividades prazerosas, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas, relaxamentos, treino em habilidades sociais e intervenções psicoeducativa com os pais (Petersen & Wainer, 2011). Muitas vezes sugere-se que o tratamento seja iniciado com técnicas comportamentais, visando motivar a criança, ademais, essas técnicas também podem auxiliar à modificação de pensamentos disfuncionais, mesmo que indiretamente (Ribeiro, Macuglia & Dutra, 2013).

O primeiro protocolo desenvolvido para tratar a depressão infantil foi chamado de *Taking Action* e criado por Stark e Kendall (1996), além da depressão, este programa também abordava a distímia e a baixa autoestima em crianças de 9 a 13 anos de idade. O protocolo foi constituído baseado nos princípios da TCC e pode ser aplicado tanto na modalidade individual quanto grupal. É constituído por 18 sessões com a criança e 11 com os familiares, envolvendo a educação afetiva, a resolução de problemas, o treino em habilidades sociais e intervenções cognitivas (Ribeiro, Macuglia & Dutra, 2013).

Referente à ansiedade, as terapias cognitivo-comportamentais para esse transtorno na infância apresentam características tais como exposição a situações de ansiedade,

reestruturação cognitiva, relaxamento antes e durante a exposição e autoinstrução positiva (Jansen et al., 2012). Kendall foi um dos primeiros a se preocupar em montar uma estrutura protocolar para a abordagem dos transtornos de ansiedade na infância, criando um protocolo chamado *Coping Cat* (Kendall, 1994).

O protocolo desenvolvido por Kendall objetiva auxiliar o paciente a reconhecer seus sintomas, modificar suas cognições distorcidas, aprender a manejar com a ansiedade, incentivar o paciente a se expor gradualmente à situação ansiogênica e reformar comportamentos atingidos e adaptativos. Técnicas como psicoeducação, resolução de problemas, relaxamentos, reforços, modelagem e exposição gradual são utilizados (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997).

O protocolo *Coping Cat* foi testado diversas vezes e apresentou bons resultados de efetividade, tanto ao final das sessões quanto após um ano do término dos atendimentos (Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008). Uma adaptação deste protocolo para Austrália recebeu o nome de *Coping Koala*, a qual inseriu uma intervenção familiar à estrutura. Quando avaliada a efetividade deste tratamento com e sem a presença dos familiares, ambos foram efetivos comparados à lista de espera, entretanto, o grupo de crianças onde os pais receberam a intervenção foi significativamente melhor do que o grupo onde os pais não receberam a intervenção (Barrett, Dadds & Rapee, 1996).

Outra ferramenta que merece destaque na intervenção com crianças é o programa FRIENDS, que atua com foco na prevenção e no tratamento da ansiedade e depressão de crianças e adolescentes (Barrett et al., 2000). Este programa parte do pressuposto que toda criança passará por momentos ansiogênicos em seu desenvolvimento, então possuir recursos para lidar com eles de forma saudável torna-se fundamental. Além da intervenção com a criança, ele abrange outros contextos nos quais ela circula, como família, escola e comunidade, ensinando habilidades específicas a cada um deles (Petersen & Wainer, 2011). Ele pode ser aplicado tanto em espaços terapêuticos por profissionais da saúde quanto em escolas por professores capacitados.

O protocolo do programa FRIENDS é baseado na TCC, utilizando uma abordagem ativa, diretiva e educativa, constituído por 10 sessões que utilizam estratégias cognitivas e

comportamentais. O objetivo deste programa é poder auxiliar as crianças a detectar seus sintomas ansiosos e depressivos, reconhecendo seus sentimentos, identificando seus pensamentos disfuncionais, criando respostas adaptativas e habilidades para resolução de problemas (Barrett & Pahl, 2006; Neufeld, 2015). Há duas diferentes modalidades do programa, a intervenção FUN FRIENDS para crianças de 4 a 6 anos e a FRIENDS FOR LIFE que abrange dos 7 aos 18 anos, ambas com os mesmos pressupostos básicos.

Diversos estudos que objetivaram avaliar a efetividade do programa FRIENDS já foram conduzidos e o protocolo tem apresentado bons resultados na prevenção e tratamento da ansiedade e depressão em crianças (Shortt, Barrett & Fox, 2001; Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003; Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Essau, Conradt, Sasagawa & Ollendick, 2012; Barrett, Fisak & Cooper, 2015). De modo geral, estas pesquisas demonstraram que o FRIENDS é um programa eficaz tanto imediatamente após a intervenção quanto em medidas de *follow-up*, mantendo a redução dos sintomas um ano ou mais após a intervenção.

1.3.1. *Terapia de Reciclagem Infantil (TRI)*

A Terapia de Reciclagem Infantil é um protocolo desenvolvido com o objetivo de adaptar e inovar no modelo cognitivo da ansiedade e depressão das Terapias Cognitivo-Comportamentais, destinado à infância e pré-adolescência. Este protocolo visa inovar tanto em linguagem, utilizando algumas metáforas, quanto em técnicas, adaptadas para a utilização com este público.

A sigla TRI, além de representar o título do programa, forma um acrônimo que integra os componentes básicos das TCCs (Emoção-Pensamento-Comportamento), a partir deste princípio, “T” refere-se a trabalhar suas emoções, “R” a reciclar os seus pensamentos e “I a inovar seus comportamentos. O protocolo baseia-se na utilização de três instrumentos de acesso adaptado à linguagem infantil: o Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2011), o Baralho dos Pensamentos (Caminha & Caminha, 2012) e o Baralhos dos Comportamentos (Caminha & Caminha, 2013).

Afim de facilitar a criação de representações mentais específicas sobre como será o trabalho da terapia, utilizam-se metáforas para explicar à criança o processo terapêutico. A metáfora central da etapa “T” está na tentativa de relacionar as emoções com as ondas – balançam ao passar, mas quando passam o mar volta ao normal e se instaura um sentimento de bem-estar. A metáfora da etapa “R” está na compreensão de que os pensamentos que não ajudam podem ser reciclados – assim como o lixo da nossa casa, eles também podem ser melhor utilizados após a reciclagem. A metáfora da etapa “I” ensina que os nossos comportamentos são como bumerangue – quando se expressa comportamentos que ajudam, esses comportamentos voltam para a criança, assim como se expressarmos comportamentos que não ajudam.

É de conhecimento científico que as Terapias Cognitivo-Comportamentais se desenvolveram a partir de intervenções em adultos. Suas principais técnicas, como Registro de Pensamento Disfuncional, Exame de Evidências, Seta Descendente, bem como seu padrão de questionamento socrático, são adequadas quando aplicadas em adultos, devido, principalmente, ao nível de desenvolvimento cognitivo destes, do ponto de vista neuropsicológico (Caminha & Caminha, 2008). Sugere-se que as dificuldades da aplicação da teoria cognitiva na infância se deve, em grande parte, à ineficácia das técnicas aplicadas em adultos com a realidade do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

A TRI busca desenvolver habilidades na infância que incluem a educação emocional, o desenvolvimento de empatia, a expressão assertiva das emoções, o entendimento sobre fatores cognitivos e a nossa capacidade de alterar pensamentos. Também se trabalha com a resolução de problemas, as habilidades sociais necessárias para o convívio com os demais, a compreensão sobre fatores que influenciam o bem-estar e os exercícios que visam o relaxamento do corpo e da mente. Inicialmente desenvolvido com 20 sessões, o protocolo ainda não foi testado em pesquisas científicas, apenas de forma mista com o auxílio de outros instrumentos.

Seguindo a tendência de intervenções com números menores de encontros e para facilitar a aplicabilidade em serviços públicos de saúde, onde existe uma grande demanda a ser atendida, o presente projeto visa avaliar o protocolo em sua forma compacta, utilizando 12 sessões da TRI.

O trabalho infantil a partir das emoções

É sabido que em adultos o acesso ao conteúdo cognitivo é facilitado através do reconhecimento da emoção sentida na situação específica de trabalho (Beck, 2013). O mesmo preceito vale para crianças, haja vista que sua estrutura cognitiva ainda está em desenvolvimento (Friedberg & McClure, 2004).

A criação do Baralho das Emoções e posterior o seu uso no protocolo a ser apresentado nesse projeto, baseou-se nos estudos sobre emoções e sentimentos de Damásio (2004) e nas emoções universais definidas nos estudos de Paul Ekman. A partir deste autor, entende-se por emoções universais aquelas que seriam transmitidas filogeneticamente e podem ser percebidas independente da cultura: medo, raiva, nojo, tristeza, surpresa, alegria e interesse (Ekman & Friesen, 1971).

Dessas emoções universais, surpresa não foi incluída no Baralho das Emoções, pois, como ela tem a função de filtro decodificador entre as demais emoções, torna-se mais acessível identificar na criança a emoção gerada a partir da surpresa (seja ela qualquer uma das demais emoções universais). A surpresa também poderia se enquadrar tanto como uma emoção agradável quanto desagradável de sentir, diferente do trabalho que é feito com as outras emoções, as quais são classificadas de uma só maneira.

Ainda referente às emoções universais, considera-se, no processo da Terapia de Reciclagem Infantil, a emoção Amor, também chamado de Apego (Damásio, 2004), como uma emoção universal. Sabe-se que Ekman não apresenta essa emoção como universal, porém isso não quer dizer que ela não a seja. A emoção Amor está ligada a teoria do apego, a qual fundamenta o vínculo afetivo entre criança e cuidador como desenvolvedor do autoconceito infantil e da visão de mundo da criança (Bowlby, 1977).

De modo geral, independentemente de ser, de fato, uma emoção universal (nos conceitos de Ekman), propõe-se a inclusão do Amor no programa de tratamento da TRI por considerá-lo uma função clinicamente relevante a ser trabalhada e, baseada nos estudos de Damásio, ser uma emoção social que exige a exposição ambiental para ser ativada. Compreende-se que o adequado vínculo social e apego afetivo (amor) favorece a saúde

mental, baseando-se nas diversas psicopatologias existentes, principalmente da personalidade, que provem de falhas no apego inicial (Steele & Siever, 2010).

Sessões “T” – trabalhe suas emoções

A primeira etapa do tratamento aqui proposto para sintomas de ansiedade e depressão envolve introduzir o conceito de emoções, explicando-as através da psicoeducação com o uso do Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2011). Ainda nessa fase “T”, destaca-se a importância de validar emoções, independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis de sentir. Evita-se utilizar os termos “emoções negativas” e “emoções positivas”, pois entende-se que todas as emoções propriamente ditas têm funções de proteção e vínculo, mesmo aquelas que são ruins (ou são ditas ruins) de se sentir.

Inicia-se com as seis cartas das emoções consideradas básicas para o modelo (de acordo com referências apresentadas anteriormente): alegria, amor, medo, tristeza, raiva e nojo. Essas emoções são organizadas como emoções agradáveis e desagradáveis de se sentir. Mesmo a raiva, comumente vista pela própria criança, pais ou educadores como uma emoção que é “feia” ou “ruim” e que deveria ser diminuída e evitada ao máximo, deve ser validada como uma emoção que é comum e normal em seres humanos, apesar de ser desagradável de se sentir. Dessa forma, a criança observa que não é ruim ou mal o fato de sentir a emoção (embora o comportamento associado a emoção possa ser disfuncional – e esse é o foco do tratamento: o comportamento, não a emoção, disfuncional).

Logo após serem educadas sobre as emoções básicas para o modelo TRI, psicoeduca-se sobre outras 14 emoções denominadas secundárias e relacionam-se as principais situações desencadeadoras dessas emoções, os comportamentos que se seguem e os pensamentos que as acompanham.

A empatia também é um dos focos nessa fase do tratamento. O seu desenvolvimento é estimulado ao ser realizado exercícios que ajudam a criança a se colocar no lugar do outro e a imaginar como o outro se sente em determinadas situações. Dessa forma, entende-se que não só a empatia é estimulada – e a melhora nas relações interpessoais da criança – como a regulação emocional.

Sessões “R” – recicle seus pensamentos

O objetivo dessas sessões é trabalhar com a reestruturação cognitiva. Entende-se que a estrutura cognitiva da criança está em pleno desenvolvimento, porém (e justamente por isso) erros cognitivos podem já ser percebidos e trabalhados nessa fase. Estudos revelam a correlação entre erros cognitivos e sintomas na infância, sugerindo a importância da modificação dos pensamentos (Pereira, Barros & Mendonça, 2012). Porém, diferente da terapia de um adulto, em que a explicação da estrutura cognitiva e do modelo cognitivo é comum nos tratamentos, com as crianças o foco não é na psicoeducação da estrutura em si, mas na forma de modificar pensamentos distorcidos.

Nessas sessões explica-se, é claro, sobre o papel dos pensamentos na vida, diferenciando dos pensamentos que ajudam dos pensamentos que não ajudam (terminologia utilizada para se referir aos pensamentos automáticos distorcidos). Além desses termos, utiliza-se as cores verde (pensamentos que ajudam) e vermelho (pensamentos que não ajudam), também baseados nas propostas de Kendall (2000).

O objetivo é mostrar que pensamentos que não ajudam podem ser reciclados. A reciclagem de pensamentos ocorre a partir da utilização da ferramenta Baralho dos Pensamentos (Caminha & Caminha, 2012). Neste baralho, utiliza-se elementos da linguística e da gramática, trabalhando com conectores linguísticos ou conjunções adversativas, para ensinar à criança a capacidade modificar pensamentos que não ajudam (disfuncionais), assim como se recicla o lixo. A ideia de utilizar o termo “Reciclagem” se fundamenta, também, na impossibilidade de, simplesmente, eliminar-se um pensamento, querendo que ele não apareça mais na nossa mente. Ao invés de eliminá-lo, modifica-o.

Não só os pensamentos gerados e sustentados pelas emoções desagradáveis são trabalhados. Na segunda etapa dessa fase, trabalha-se com pensamentos provindos ou sustentados pelas emoções agradáveis de se sentir. Porém, ao invés de recicla-los, introduz-se o conceito de difusão/propagação, estimulando comportamentos que sejam derivados de tais emoções e pensamentos. Entende-se que, dessa forma, e não ignorando ou excluindo emoções desagradáveis, desenvolve-se a resiliência na criança.

Sessões “I” – inove seus comportamentos

Essa última fase concentra-se em técnicas comportamentais e de resolução de problemas para fomentar na criança o conceito de “Efeito Bumerangue” e de “Bem-Estar”. Ela é organizada em 5 etapas:

Etapa 1: Educação quanto ao “efeito bumerangue” e ao conceito de bem-estar. Foco na percepção da criança do bem-estar como um equilíbrio das emoções. Quando se está com bem-estar, não se sente uma onda de emoção desagradável e nem agradável.

Etapa 2: O objetivo é desenvolver habilidades sociais e de empatia. Introduce-se o conceito de comportamentos verdes e vermelhos através de cartões com cenas comportamentais, com ilustrações e histórias (Caminha & Caminha, 2013). Nesta técnica, de um lado apresentam-se os cartões verdes com comportamentos que ajudam e, de outro lado, os cartões vermelhos com os comportamentos que não ajudam a desenvolver essas habilidades sociais. Além de ensinar as crianças, a proposta é que elas também reflitam sobre seus próprios comportamentos e a frequência com que os quais aparecem em suas vidas. Com a utilização do termômetro duplo, a criança aponta a intensidade e frequência de suas atitudes. Depois é convidada a avaliar dentro de etapas de um bumerangue quais as vantagens ou desvantagens de tais comportamentos.

Etapa 3: Ensinar, de forma lúdica, o algoritmo de resolução de problemas.

Etapa 4: Baseados em conceitos de *Mindfulness*, ensina-se a criança a relaxar e observar a mente e o corpo a partir de posições corporais e técnicas respiratórias.

Etapa 5: Esta fase é a da prevenção de recaída e manutenção dos resultados alcançados. Apresenta-se a estratégia “ABCDE”, que ensina comportamentos necessários para a saúde da criança (Amar-Brincar-Comer-Dormir-Estudar).

1.4. Justificativa

Tendo em vista a importante prevalência de transtornos mentais presentes na infância, as consequências destes, quando não tratados, ao longo da vida do sujeito, e a existência de poucos protocolos de tratamento infantil para sintomas de depressão e ansiedade no Brasil, surge a necessidade de atenção com tratamentos precoces. Entendemos que o desenvolvimento de instrumentos psicoterapêuticos e a adequação de teoria e técnica das Terapias Cognitivo-Comportamentais, podem auxiliar profissionais, visto que estes poderão ter embasamento teórico e metodologicamente sobre o como agir com este público.

Ademais, também entendemos que pesquisas que avaliam protocolos de psicoterapia, ao obterem resultados significativos, podem contribuir com os demais profissionais ao compartilhar resultados baseados em evidências, proporcionando uma prática mais assertiva, e consequentemente, beneficiando o público que vier a receber tal tratamento. O uso de uma psicologia baseada em evidências também pode contribuir para melhor administração da demanda em serviços públicos de saúde, haja vista que esta poderá ser atendida a partir de programas de comprovada qualidade e adequada resolubilidade.

Portanto, o presente estudo visa avaliar se o protocolo de 12 sessões da Terapia de Reciclagem Infantil é válido para a redução da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em crianças de 8 a 12 anos de idade.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a validade interna do protocolo de 12 sessões da Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) em reduzir os sintomas de ansiedade e/ou depressão em crianças de 8 a 12 anos.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar se os responsáveis pelas crianças também apresentam sintomatologia ansiosa e/ou depressiva;
- Descrever as principais categorias de pensamentos automáticos negativos da amostra e avaliar se há modificação na sua intensidade ao longo da intervenção;
- Comparar os efeitos do programa nos sintomas de ansiedade e/ou depressão nas três etapas do protocolo TRI;
- Avaliar se haverá redução significativa dos sintomas de ansiedade e/ou depressão ao final do processo psicoterapêutico.

2.3. Hipóteses

H0 Os responsáveis pelas crianças não apresentarão sintomatologia ansiosa e/ou depressiva.

H1 Os responsáveis pelas crianças apresentarão sintomatologia ansiosa e/ou depressiva.

H0 Não haverá modificação na intensidade de pensamentos automáticos negativos ao longo da intervenção.

H1 Os pensamentos automáticos negativos terão uma redução na sua intensidade ao longo da intervenção.

H0 Não haverá redução significativa dos sintomas ao final do processo psicoterapêutico.

H1 Haverá redução significativa dos sintomas de ansiedade e/ou depressão ao final do processo psicoterapêutico.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento

Este será um estudo descritivo e explicativo com delineamento de série temporal (Gil, 2010). Compararou-se sintomatologia das crianças pré e pós intervenção, bem como no final de cada etapa de psicoterapia com a TRI.

3.2. Cálculo amostral

Para determinação do tamanho amostral, tomou-se como base os resultados pré e pós intervenção encontrados na tese de doutorado de Medeiros (2015), a qual utilizou intervenção e instrumentos semelhantes aos deste estudo. Assumindo um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), margem de erro sobre a diferença de 20% e poder amostral de 80% ($1-\beta$), chegou-se a um número amostral mínimo de 19 crianças.

3.3. Local de estudo

Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Intervenções Cognitivas (LABICO) da PUCRS, a partir do espaço físico do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP). A amostra foi selecionada a partir da lista de espera de ambos os locais e por indicação de crianças feitas por colégios conveniados à pesquisa.

3.4. Critérios de Inclusão

Crianças de 8 a 12 anos, do sexo masculino ou feminino, com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa e que sejam alfabetizadas.

3.5. Critérios de Exclusão

Crianças que fazem tratamento medicamentoso ou psicoterápico para ansiedade e/ou depressão, com sintomas psicóticos, Transtorno de Espectro Autista e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Além disso, crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e não estejam em tratamento medicamentoso para tal, também foram excluídas da pesquisa, bem como crianças com déficit cognitivo importante.

3.6. Instrumentos para coleta de dados

3.6.1. *Questionários de Dados Sociodemográficos*

Construiu-se um questionário descritivo que auxiliará na coleta de dados familiares e sobre situações de vida da criança, este foi respondido pelos cuidadores. Serão abordadas questões como as relacionadas a escolaridade, relato de transtornos psiquiátricos na família, início e sintomatologia atual apresentada pela criança e momentos em que estes a atrapalham.

As características sociodemográficas da amostra serão definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), atualizado no ano de 2015 e adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto, grau escolaridade do chefe de família e acesso a serviços públicos) para diferenciar a população.

O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definida por estrato A, B, C, D-E. (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015).

3.6.2. *Child Behavior Checklist (CBCL)*

Constitui-se de um questionário que rastreia problemas de saúde mental em crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade, utilizando duas etapas, avaliando as competências da

crianças e comportamentos problema. Os respondes deste questionário são os cuidadores/pais da criança participante. Foi desenvolvido por Achenbach e Rescorla, em 1991. No Brasil chama-se “Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência”. A versão brasileira, com dados preliminares, apresentou alta sensibilidade. (Bordin, Mari & Caeiro, 1995). Recentemente foi realizada uma revisão das qualidades psicométricas e novamente considerou-se adequado para a população brasileira (Rocha et al., 2013).

3.6.3. *Children's Depression Inventory (CDI)*

Inventário constituído por 27 itens com três opções de escolha que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, a partir do auto relato. Foi desenvolvido por Kovacs (1983) e validado no Brasil por Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008). Nessa pesquisa observou-se, através de uma análise fatorial exploratória, a redução à três fatores, que explicam 31,89% da variância. Além disso, a consistência interna foi de 0,85 ($n = 951$, $DP = 7,70$). Definiu-se, como ponto de corte para pacientes clinicamente significativos, a pontuação 14, para meninos, e 16, para meninas (Wathier, Dell’Aglío & Bandeira, 2008).

3.6.4. *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*

Instrumento multidimensional com 41 perguntas que avaliam sintomas de ansiedade em crianças (Birmaher et al., 1997) de acordo com as categorias de DSM-IV (APA, 1994). Estudos de adaptação e validação foram realizados no Brasil para o português e obtiveram importantes resultados de consistência interna (α de Cronbach=0,87), além disso também identificaram como mais adequado um ponto de corte de 37 pontos (Barbosa, Gaião & Gouveia, 2002; Isolan et al., 2011).

3.6.5. *Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças e Adolescentes (CATS)*

O instrumento possui 40 itens que investigam pensamentos automáticos negativos através de uma escala Likert de cinco pontos, respondida pela própria criança ou adolescente. Foi originalmente desenvolvida por Schniering e Rapee (2002) e adaptada para o português por Teodoro, Andrade e Castro (2013). Este estudo contou com 326 crianças e adolescentes e

obteve resultados semelhantes a escala original. Análises de consistência interna indicaram alfas de Cronbach variando entre 0,76 e 0,91.

3.6.6. *Escala de inteligência Wechsler abreviada (WASI)*

A WASI é uma escala Wechsler que se propõe a avaliar o funcionamento cognitivo de um modo breve e eficaz (Psychological Corporation, 1999). É composta pelos subtestes vocabulário, semelhanças, cubos e raciocínio matricial, além de ser possível ter uma estimativa de QI total utilizando apenas dois subtestes, o vocabulário e o raciocínio matricial. Pode ser administrada de modo individual em sujeitos de 6 a 89 anos. A escala foi adaptada para o português por Trentini, Yates e Heck (2014), onde também foram feitas análises fatoriais para investigar sua validade, as quais obtiveram resultados favoráveis (Wagner, Camey e Trentini, 2014).

3.6.7. *Adult Self-Report (ASR)*

A escala Adult Self-Report – ASR (Achenbach & Rescorla, 2003) é um instrumento que avalia indicativos de aspectos clínicos e de funcionamento a partir do auto relato, disponível para a faixa etária de 18 a 59 anos. Evidências de validade do ASR para realidade brasileira já foram verificadas e o instrumento demonstrou bons resultados, apresentando consistência interna variando entre 0,70 a 0,86 (Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2014). O instrumento permite avaliar indicativos de psicopatologias, problemas de funcionamento e problemas de comportamento.

3.7. Intervenção Psicológica

A equipe deste estudo foi composta por sete pessoas, entre eles psicólogos e estudantes de psicologia, os quais foram capacitados para atuarem como terapeutas. A relação de instrumentos será dividida da seguinte forma:

Crianças: SCARED, CDI, WASI e CATS

Pais/Cuidadores: Questionário sociodemográfico, CBCL e ASR.

3.7.1. *Psicoterapia – Terapia da Reciclagem Infantil (TRI)*

Após a entrevista de triagem (pré-teste), os participantes foram encaminhados para a intervenção. Essa intervenção constituiu-se de 12 sessões individuais, semiestruturadas e semanais, cada uma com duração de 1 hora. Todas as consultas foram gravadas. Os terapeutas tiveram supervisão semanal sobre o caso e sobre o desenvolvimento das consultas.

3.7.2. *Reavaliações psicológicas*

Os participantes foram acompanhados ao longa da intervenção por avaliações de processo, ao final de cada etapa da TRI e ao término na psicoterapia. Os instrumentos utilizados em ambos momentos foram aqueles respondidos pelas crianças, SCARED, CDI E CATS.

3.8. Procedimentos para Análise dos Dados

Os resultados foram tabulados e submetidos à análise estatística. As informações coletadas nesta pesquisa serão organizadas no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0. Para variáveis categóricas foram realizadas frequências e percentuais e as variáveis contínuas média e desvio-padrão.

Utilizou-se de uma análise intragrupo por meio do teste de Wilcoxon sobre as variáveis (ansiedade e/ou depressão) antes e depois da intervenção. Para verificar a validade interna do protocolo aplicado, utilizou-se ANOVA de medidas repetidas corrigidas pelo teste de Greenhouse-Geisser quando o teste de esfericidade de Mauchly's foi violado.

Com intuito de compreender as diferenças de médias em cada etapa do tratamento, foram realizadas análises Post Hoc, com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. A análise do tamanho de efeito entre a comparação intragrupo foi realizada através do eta quadrado. Em todos os testes assumiu-se um nível de significância de 5%.

3.9. Aspectos Éticos

O presente estudo obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética da PUCRS, bem como cadastrado na plataforma brasil (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Este estudo seguiu as diretrizes e normas vigentes regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Os participantes desta pesquisa foram convidados a participar de uma triagem e, em caso positivo de aceite, bem como preenchimento dos critérios de inclusão e exclusão foram assinados os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), ficando com uma cópia. (ANEXOS B e C).

Os dados coletados foram mantidos em sigilo, assim como a identificação dos indivíduos nos resultados finais. A pesquisa apresentou riscos mínimos risco para o paciente, como o despertar de emoções e sentimentos devido aos questionamentos de ordem psicológica, o que poderiam ser trabalhados na própria intervenção. Os pacientes foram informados de todos os procedimentos e receberam uma cópia do TCLE e TALE.

3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

3.1 Seção teórica

PROTOCOLOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA TRATAMENTO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

Os transtornos ansiosos e depressivos destacam-se por serem os mais comuns na infância e adolescência. A sintomatologia ansiosa e depressiva, quando não tratada, pode relacionar-se com maiores taxas de psicopatologias no desenvolvimento posterior. Considerando a prevalência de transtornos mentais no público infanto-juvenil, as consequências destes quando não tratados ao longo da vida da criança e a escassez de protocolos de tratamento infantil para sintomas de depressão e ansiedade no Brasil, surge a necessidade de investimento e desenvolvimento de intervenções precoces. O objetivo desta revisão narrativa da literatura é realizar uma discussão crítica a respeito dos principais protocolos de intervenção para tratamento de ansiedade e depressão na infância. Discute-se os principais recursos terapêuticos utilizados nesses protocolos, verificando resultados e possibilidades a partir das intervenções. A revisão construída neste estudo aponta para a importância do desenvolvimento de programas orientados para a prevenção de futuras situações de sofrimento psicológico, visto que objetivam não apenas a redução da sintomatologia, mas também a melhora das estratégias de regulação emocional, resolução de problemas e habilidades sociais. Salienta-se, também, a importância de pesquisas na clínica infantil para adaptação de protocolos internacionais e validação dos brasileiros existentes.

Palavras Chaves: Ansiedade; Crianças; Psicoterapia.

ABSTRACT

The anxiety and depressive disorders get accentuated for being the most common in childhood and adolescence. The anxious and depressive symptomatology, when not treated, can be related to higher taxes of psychopathology on posterior development. Considering the prevalence of mental disorders in child-juvenile public, the consequences of those when not treated during the youth's life and the scarcity of protocols for infant treatment for depression and anxiety symptoms in Brazil, emerges the need to investment and development in precocious interventions. The goal of this narrative review of literature is to critically discuss about the main protocols used for intervention on child treatment for anxiety and depression. It is discussed the principal therapeutic resources used on these protocols, verifying the results and possibilities through the interventions. The constructed review on this study indicates the relevance of developing programs oriented to prevention of future situations that cause psychological suffering, considering that it does not only reduces the symptomatology, but also improves emotional regulation strategies, problem solving and social abilities. Emphasizes, likewise, the need of research on infant clinic to adapt international protocols and validate the existent in Brazil.

Key words: Anxiety; Child; Psychotherapy.

Introdução

Os transtornos de ansiedade e depressão, muito bem caracterizados para a população adulta, também são observáveis e prevalentes em crianças e adolescentes, destacando-se por serem os mais comuns nesta faixa etária (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Sabe-se que

muitos, se não a maioria dos transtornos psiquiátricos, terão seu início na infância ou adolescência, podendo acarretar importantes prejuízos na vida desses sujeitos (Beesdo, Knappe & Pine, 2009; Petersen & Wainer, 2011; Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

Nas últimas décadas, o número de crianças e adolescentes portadores de distúrbios mentais tem sido foco de interesse para estudos (Achenbach, Rescorla e Ivanova, 2012). Dados epidemiológicos disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam uma prevalência mundial de transtornos mentais na infância e adolescência de aproximadamente 20%, destes 4 a 6% são reconhecidos com necessidade de uma intervenção clínica (WHO, 2001). Estima-se que entre 10% a 20% das crianças e adolescentes apresentarão algum tipo de transtorno de ansiedade (Costello, Egger & Angold, 2005), o que nos indica a necessidade de identificação e intervenção precoce.

No Brasil, um estudo que avaliou 479 crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo, apontou que 24,6% da amostra possuía problemas de saúde mental (Paula, Duarte & Bordin, 2007). No estudo de Kessler e colaboradores (2005), os autores relatam que metade de todos os casos de transtornos mentais iniciam antes dos 14 anos de idade, sendo ainda mais precoce quando se trata dos transtornos de ansiedade.

Cerca de 75% dos casos de transtornos mentais em crianças e adolescentes não recebem tratamento, números que tendem a ser ainda mais expressivos nos países em desenvolvimento (WHO, 2001), porém aproximadamente apenas metade destas pessoas procuram tratamento (Merikangas et al., 2010). A ausência de tratamento também pode estar relacionada a uma dificuldade de se realizar o diagnóstico, haja vista a idade por vezes precoce do paciente, a heterogeneidade da manifestação dos sintomas e a presença não incomum de comorbidades associadas, como entre ansiedade e depressão (Allgaier et al., 2014; Wolk et al., 2016).

Considerando este contexto, os transtornos mentais não tratados na infância podem se relacionar com maiores taxas de psicopatologia na adolescência e vida adulta, bem como à problemáticas de maior gravidade. Um exemplo está na correlação encontrada entre presença de transtorno de ansiedade na infância e transtorno de pânico na vida adulta (Manfro et al., 2002; Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014).

A ansiedade é considerada uma emoção inata, inerente a todas as pessoas, que atua de modo protetivo ao ser humano. Pode-se descrever a ansiedade como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo (APA, 2014). A depressão na infância se manifesta a partir de sintomas depressivos e vêm acompanhados de problemas escolares e prejuízos no funcionamento psicossocial e comportamental (Cruvinel & Boruchovitch, 2014). Entretanto, crianças deprimidas podem apresentar humor deprimido, embora algumas manifestem mais irritabilidade do que o próprio humor deprimido.

De modo geral, os transtornos ansiosos e depressivos na infância podem estar relacionados a uma variedade de consequências negativas. Dentre os contextos prejudicados estão o familiar, relacionamento interpessoal e escolar (Vianna, Campos, & Landeira-Fernandez, 2009; Cruvinel & Boruchovitch, 2014).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das abordagens disponíveis para o tratamento de ansiedade e sintomas de humor na infância, cuja evidências de efetividade são amplamente conhecidas. O objetivo deste artigo é revisar os principais protocolos nacionais e internacionais de intervenção para o tratamento de ansiedade e depressão em crianças, com bases teóricas cognitivo-comportamentais, compreendendo e discutindo seus principais recursos terapêuticos.

A Terapia Cognitivo Comportamental para crianças

Assim como em adultos, a TCC também é utilizada para tratamento de psicopatologias na infância e adolescência, auxiliando, por exemplo, na abordagem clínica dos transtornos de ansiedade e depressão (Elkins et al., 2011; Hirshfeld-Becker et al., 2010). O objetivo da psicoterapia a partir da TCC está em buscar modificações na estrutura cognitiva das crianças, para que elas consigam se comportar, sentir e pensar de modo diferente e mais adaptativo no futuro (Petersen & Wainer, 2011).

É de conhecimento científico que as Terapias Cognitivo-Comportamentais se desenvolveram a partir de intervenções em adultos. Suas principais técnicas, como registro de pensamentos disfuncionais, checagem de evidências e questionamento socrático, são adequados quando aplicados em adultos, devido, principalmente, ao nível de desenvolvimento cognitivo destes, do ponto de vista neuropsicológico (Caminha & Caminha, 2008). Sugere-se que as principais dificuldades da aplicação da teoria cognitiva na infância se deve, em grande parte, à ineficácia das técnicas aplicadas em adultos com a realidade do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

Uma característica do tratamento com crianças está em o terapeuta precisar olhar para o ambiente natural da criança, como o familiar, e poder intervir também neste espaço, visto que ele terá forte poder para reforçar ou extinguir habilidades a serem desenvolvidas na terapia (Petersen & Wainer, 2011). Ademais, também é fundamental ao utilizar TCC com crianças que se tenham mecanismos lúdicos para acessá-las, com uma linguagem compreensível para sua fase do desenvolvimento e que facilitem o trabalho em nível tanto cognitivo quanto comportamental.

Uma metanálise envolvendo 41 estudos e 1806 participantes, indicou que a TCC é eficaz em reduzir sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes (James et al., 2015).

Outra metanálise indicou que a TCC é um tratamento eficaz em reduzir sintomas depressivos em crianças, os quais se mantiveram reduzidos 6 meses após o término dos atendimentos (Hofmann et al., 2012). A terapia comportamental cognitiva pode ser considerada eficaz para transtornos de ansiedade na infância (Silverman, Pina e Viswesvaran, 2008) e tem benefícios secundários nos sintomas depressivos comórbidos (Kendall et al., 2008).

Pensando em uma psicologia baseada em evidências e na possibilidade de replicação, características da TCC, protocolos foram desenvolvidos para auxiliar profissionais no manejo clínico de crianças com sintomas ansiosos e depressivos. Embora a maioria dos protocolos tenha sido desenvolvido internacionalmente, existem algumas adaptações para uso em crianças brasileiras. Entretanto, recentemente foi lançado um protocolo brasileiro específico para este público.

Protocolos de tcc para intervenção na clínica infantil

Taking Action

Para o tratamento da depressão em crianças, o primeiro protocolo desenvolvido foi criado por Stark e Kendall (1996) e denominado *Taking Action*. Esse programa volta-se para o público entre 9 e 13 anos de idade e pode ser utilizado na modalidade individual ou grupal. A intervenção consiste em 18 sessões com a criança e 11 sessões com os familiares ou responsáveis, abordando treino em habilidades sociais, intervenções cognitivas, educação afetiva e resolução de problemas (Ribeiro, Macuglia, & Dutra, 2013).

Além da utilização no tratamento da depressão unipolar, o *Taking Action* também pode ser utilizado para distímia, humor hipotímico e baixa autoestima, ou seja, para sintomas que ainda não se configurem um transtorno mental e psicopatologia. O programa visa, a partir de suas intervenções semiestruturadas, principalmente aliviar a sintomatologia depressiva das

crianças e como auxílio conta com dois livros, o manual do terapeuta e o livro dos participantes, o qual descreve objetivamente a proposta das sessões e objetivos do programa (Stark & Kendall, 1996; Ribeiro, Macuglia, & Dutra, 2013).

Primary and Secondary Control Enhancement for Youth Depression (PASCET)

Outro programa de tratamento para depressão infantil é o *Primary and Secondary Control Enhancement for Youth Depression (PASCET)*, desenvolvido por Weisz, Southam-Gerow, Gordis e Connor-Smith (2003). Consiste em uma intervenção estruturada para jovens de 8 a 15 anos, de maneira individual e com práticas incluindo os pais. (Ribeiro, Macuglia, & Dutra, 2013). O programa objetiva trabalhar com técnicas de resolução de problemas, inserção de atividades prazerosas e calmas para trabalhar a ansiedade associada à depressão e estratégias para elevar a autoestima da criança. Além disso, trabalha-se com engajamento do paciente, sua capacidade de aceitação dos outros e tolerâncias a incertezas (Wainer & Piccoloto, 2011).

Coping Cat

Para os transtornos de ansiedade na infância, Kendall foi um dos primeiros pesquisadores a organizar um programa estruturado, criando o protocolo *Coping Cat* (Kendall, 1994). Esse programa visa auxiliar o paciente a reconhecer sintomas e aprender a manejar com a ansiedade, encorajando-o à exposição da situação ansiogênica. O protocolo objetiva modificar pensamentos disfuncionais e desenvolver comportamentos adaptativos. Utiliza-se técnicas de psicoeducação, resolução de problemas, relaxamentos, exposição gradual, modelagem e reforços (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997).

Um importante foco do *Coping Cat* está no reconhecimento das reações corporais

frente à ansiedade, seus marcadores somáticos e instruções para enfrentamento da situação ansiogênica com reestruturação cognitiva (Petersen, Bunge, Manil, & Gomar, 2011). O protocolo estrutura-se em 16 sessões e apresentou bons resultados quando testada sua eficácia, tanto no término imediato quanto em medidas de follow-up após um ano da intervenção (Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008).

Programa FRIENDS

Originado na Austrália por Paula Barret, o programa FRIENDS, atua com foco na prevenção e tratamento de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes (Barrett et al., 2000; Justo, Santos, & Andretta, 2017). O protocolo é composto por 10 sessões principais e duas sessões de reforço, após o término das intervenções, para revisar temáticas centrais e auxiliar os participantes na manutenção das habilidades aprendidas. O programa possui três versões, conforme idade da criança e fases do desenvolvimento, as quais são: Fun FRIENDS para crianças de 4 a 6 anos, FRIENDS for Life destinado às crianças de 7 a 10 anos e My FRIENDS que engloba indivíduos de 11 a 17 anos de idade (Iizuka & Barrett, 2011).

Partindo do pressuposto que toda criança passará por momentos ansiogênicos em seu desenvolvimento, o programa FRIENDS auxilia a criança a elaborar recursos para lidar com eles de forma saudável, visando o desenvolvimento e manutenção de comportamentos e competências positivas aprendidas, fortalecendo as habilidades que o indivíduo já possui. (Iizuka & Barrett, 2011). O programa FRIENDS possui um acrônimo em seu nome. Cada letra corresponde a um âmbito trabalhado no protocolo, como emoções, relaxamento, reestruturação cognitiva, resolução de problemas, técnicas de auto recompensa e habilidades sociais (Iizuka & Barrett, 2011).

Além da intervenção focada nas crianças, o FRIENDS abrange outros contextos nos

quais circula, como família, escola e comunidade, ensinando habilidades específicas a cada um deles (Petersen & Wainer, 2011). Ele pode ser aplicado tanto em espaços terapêuticos por profissionais da saúde quanto em escolas por professores capacitados para esta função e estudos já apontaram para sua validade terapêutica (Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Iizuka & Barrett, 2011; Essau, Conradt, Sasagawa & Ollendick, 2012; Barrett, Fisak & Cooper, 2015).

Terapia de Reciclagem Infantil

A Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) é um protocolo desenvolvido no Brasil com o objetivo de inovar no modelo cognitivo da ansiedade e dos sintomas de humor da TCC na infância e adolescência. A sigla TRI, além de representar o título do programa, também forma um acrônimo que integra os principais componentes da terapia, ou seja, emoções, pensamentos e comportamentos (Caminha, Caminha & Finger, 2017). O protocolo foi estruturado em 20 sessões, entre atendimentos voltados a criança e seus responsáveis, baseados na utilização de três instrumentos de acesso infantil, o Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2011), o Baralho dos Pensamentos (Caminha & Caminha, 2012) e o Baralhos dos Comportamentos (Caminha & Caminha, 2013).

A TRI trabalha com a temática da regulação emocional, a expressão assertiva das emoções e o entendimento sobre fatores cognitivos básicos, como os pensamentos. Trabalha-se também com resolução de problemas, desenvolvimento de habilidades sociais, desenvolvimento da empatia, fatores que influenciam o bem-estar e exercícios que visam o relaxamento frente a sintomas e situações (Caminha, Caminha & Finger, 2017).

Em cada etapa do protocolo uma metáfora central é trabalhada. Na etapa “T”, trabalha-se com a metáfora da onda, explicando às crianças que as emoções são como ondas, balançam

ao passar, mas logo vão embora (Caminha & Caminha, 2011). Ainda nessa fase, a empatia é um dos focos do tratamento (Caminha, Caminha & Finger, 2017).

Nas sessões intermediárias, etapa “R”, a metáfora utilizada diz respeito ao pensamento dar voz à emoção, e da possibilidade de reciclar pensamentos que não nos ajudam. Trabalha-se com a reestruturação cognitiva. O objetivo está em reciclar pensamentos, utilizando-se como ferramenta o Baralho dos Pensamentos (Caminha & Caminha, 2012), desenvolve-se a ideia de que nenhum pensamento é excluído e sim transformado em pensamentos não distorcidos. Nessa mesma etapa, ensina-se à criança a difundir pensamentos agradáveis de sentir (Caminha, Caminha, & Finger, 2017).

Nas sessões finais, etapa “I”, trabalha-se com técnicas comportamentais e resolução de problemas. Utiliza-se a metáfora do efeito bumerangue, aquilo que lançamos para o mundo é o que retorna a nós, e o conceito de bem-estar a partir do instrumento Baralho dos Comportamentos (Caminha & Caminha, 2013). Nesta etapa se insere conceitos de Mindfulness, ensinando a criança a relaxar e observar a mente e o corpo a partir de posições corporais e técnicas respiratórias (Caminha, Caminha, & Finger, 2017).

A primeira pesquisa realizada com este protocolo, apontou redução na sintomatologia dos participantes ao término na intervenção, sugerindo que o instrumento pode ser um bom recurso no tratamento infantil (Medeiros, 2015). Outras pesquisas estão em andamento buscando a validade e eficácia do protocolo TRI na PUCRS, USP, Universidade do Algarve e na Universidade Autônoma de Barcelona.

EMOTION: Coping Kids

Protocolo mais recente lançado para tratamento de ansiedade e depressão, é uma intervenção em grupo com 20 sessões para crianças de 8 a 13 anos, os encontros ocorrem duas

vezes por semana com duração de 45 a 60 minutos. O *Emotion* é descrito como uma intervenção intensiva, além dos encontros em grupo, as crianças participam de dois encontros individuais com os coordenadores (Kendall, Stark, Martinsen, O'Neil e Arora, 2013).

Cada grupo é composto por 6 participantes e dois coordenadores. Todas as sessões seguem uma agenda e os responsáveis também estão inseridos neste protocolo e ambos possuem cadernos de trabalho que devem ser preenchidos individualmente (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

O programa é dividido em duas etapas, as primeiras 10 sessões objetivam a construção de habilidades úteis para enfrentar a ansiedade e depressão. As atividades se destinam a construir uma coesão do grupo, estabelecimento de regras, compreensão da conexão entre emoções, pensamentos e comportamentos (com o personagem do detetive), relaxamento, resolução de problemas, reestruturação cognitiva a partir de bolhas de pensamento na sexta sessão e primeiro atendimento individual (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

Nas 10 sessões seguinte, o foco do tratamento estará em seguir com a reestruturação cognitiva e início de técnicas de exposição gradual (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016). Quanto a estudos de validade e efetividades, não foram encontrados na literatura pesquisas que avaliassem os resultados obtidos neste programa.

Principais recursos terapêuticos utilizados em ambos protocolos

Os programas e protocolos apresentados destinam-se ao tratamento e prevenção de doenças mentais, sendo atualmente potentes recursos terapêuticos para os psicólogos, haja vista a importância de uma psicologia baseada em evidências no trabalho com Terapia cognitivo-comportamental. Cruvinel e Boruchovitch (2014) discutem a relevância do desenvolvimento destes programas e protocolos, visto que objetivam não apenas a redução da

sintomatologia, mas também a melhora da regulação emocional.

Observa-se que os resultados encontrados em pesquisas realizadas com os protocolos apresentados, vão ao encontro do descrito anteriormente pela literatura, ou seja, intervenções clínicas contribuem para a redução sintomatológica e futuros agravos (Maughan, Collishaw & Stringaris, 2013). Uma importante estratégia para estes resultados, pode estar no trabalho com a regulação emocional. Embora todos os instrumentos trabalhem com emoções, apenas a TRI de fato aborda técnicas de regulação emocional em seu protocolo como objetivo.

Observando estudos recentes, parece crescente a tendência dos modelos cognitivos comportamentais de diversas psicopatologias incluírem princípios da regulação emocional no tratamento (Leahy, Tirch, & Napolitano, 2013). Sugere-se que o trabalho com as emoções pode ser considerado uma intervenção transdiagnóstica e não apenas para a sintomatologia depressiva e ansiosa, pois se tratando de psicopatologias, algum nível de alteração no funcionamento emocional está presente nos mais variados transtornos. O trabalho de regulação emocional parece ser um diferencial apresentado pela proposta TRI.

Esse processo de regulação emocional está diretamente relacionado com a promoção do bem-estar e, conseqüentemente, da saúde mental, visto que o indivíduo pode desenvolver a capacidade de experienciar e controlar emoções de maneira assertiva, melhorando seu funcionamento emocional e interpessoal (Freire & Tavares, 2011; Vasco, 2013). Portanto, no processo psicoterapêutico, faz-se indispensável a psicoeducação quanto ao funcionamento das emoções e sua regulação, o que envolve a ativação, nomeação e discriminação de intensidades (Caminha & Caminha, 2011).

Ao trabalhar com crianças, sabe-se que a inclusão dos familiares, responsáveis e/ou do âmbito escolar é muito relevante (Fava, 2016), sendo este outro recurso utilizado nos protocolos discutidos aqui. O *Coping Cat* possui estudos com e sem a participação dos

responsáveis, quando avaliada a efetividade dos tratamentos ambos foram efetivos comparados à lista de espera, entretanto, o grupo de crianças onde os pais também receberam a intervenção foi significativamente melhor do que o grupo onde os pais não receberam a intervenção (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Além disso, o programa EMOTION apresenta avaliações positivas por parte dos cuidadores acerca do protocolo, contudo os pais sugerem grupos menores.

O programa FRIENDS possui espaço para abordagem com a escola, o que pode ser um diferencial quando comparado aos demais. Considerando que a escola é um importante setor na vida e desenvolvimento das crianças (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Caminha, Caminha, Benedetti; 2017), poder capacitar e orientar professores no manejo com as possíveis adversidades desta etapa do desenvolvimento pode ser um potencializador, haja vista a abordagem com a criança de um modo global. Nesse sentido, de acordo com Shucksmith et al. (2007), usar a equipe da escola para implementar o programa EMOTION pode torná-lo ainda mais sustentável, visto que os resultados de uma meta-análise de Mychailyszyn, Brodman, Read e Kendall (2012) descobriram que uma comparação direta das intervenções de prevenção implementadas pelos professores e aquelas lideradas por pesquisadores não revelaram diferenças significativas (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

Assim, percebe-se que o trabalho com crianças apresenta melhores resultados quando se realiza uma abordagem terapêutica ampliada, vinculando importantes figuras de diferentes âmbitos no tratamento. Estas figuras serão importantes parceiras durante o tratamento e após ele, auxiliando os pacientes nos recursos aprendidos durante a intervenção. Além disso, a participação e envolvimento dos pais tem a finalidade de maximizar benefícios para a criança e família (Caminha & Caminha, 2011). Entretanto, quando não é possível realizar a integração descrita, estudos sugerem que o acesso somente à criança também pode ser

satisfatório (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). A Terapia Cognitiva combinada com a participação dos pais, em oposição à abordagem tomada com controles de lista de espera, demonstrou eficácia (Barret, 1998). No entanto, estudos comparando a eficácia relativa da criança focada com intervenções que combinam Terapia Cognitiva focada na criança e o aumento do envolvimento dos pais produziu descobertas inconsistentes (Barmish & Kendall, 2005).

Outro recurso terapêutico observado nos protocolos são as técnicas de relaxamento, cuja impacto está principalmente em aliviar sintomas físicos desagradáveis desencadeados pela ansiedade, como taquicardia, sensação de desmaio e muito comum em crianças dores de cabeça e náusea (Gormes & Stallard, 2017). O treino em relaxar seu corpo auxilia a criança na compreensão de que possui controle sobre ele, sendo possível diminuir os sintomas físicos que podem ser vistos, algumas vezes, como assustadores. Ademais, ao acalmar seu corpo, a criança pode começar a compreender que também consegue acalmar sua mente, o que torna esta estratégia essencial do trabalho de um modo global.

O protocolo TRI possui um caderno de terapia destinado aos pais e crianças chamado “Meu caderno de terapia”, a proposta deste recurso é conectar terapeuta, responsáveis e participantes para além das sessões. Nele constam ilustrações e guias para serem trabalhados em casa, como tarefas, sobre posições de relaxamento, treino respiratório e roteiro para acalmar a mente (Caminha & Caminha, 2016). Diferente do TRI, no programa EMOTION as crianças e os cuidadores recebem cadernos de trabalho que devem ser preenchidos durante a intervenção (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

A utilização de técnicas de relaxamento ou *mindfulness* em populações adultas vêm mostrando sua eficácia, assim, recentemente programas com intervenções baseadas em *mindfulness* estão sendo criados ou adaptados para crianças e adolescentes (White, 2012;

Caminha & Caminha, 2013). Embora iniciantes, alguns resultados estão apontando benefícios também para a população infanto-juvenil, tanto para amostras consideradas clínicas como não-clínicas (Zenner, Herrnleben-Kurz & Walach, 2014).

Quando se descreve a possibilidade de acessar os pensamentos das crianças com o treino de relaxamento, ou seja, acalmar corpo e mente, refere-se ao início de uma etapa central nas terapias cognitivo-comportamentais, que está na reestruturação cognitiva. Esta intervenção é aplicada em programas terapêuticos para adultos e crianças, e pode ser observada como importante técnica nos protocolos discutidos neste estudo. Estudos realizados com a Terapia Cognitiva sugerem que as tarefas de exposição contribuem substancialmente para melhorar a ansiedade juvenil, assim como o trabalho de reestruturação cognitiva (Peris et al., 2015).

A reestruturação cognitiva se faz necessária tanto para sintomatologia ansiosa quanto depressiva, pois em ambas existem distorções cognitivas que podem atrapalhar e comprometer a rotina e autonomia dos sujeitos, podendo se agravar em crianças, visto que estas estão em uma etapa de desenvolvimento de self. Este desenvolvimento estará muito relacionado com a tríade cognitiva do sujeito, haja vista um conjunto de padrões cognitivos básicos que levam cada pessoa a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de um modo singular (Beck et al, 1997).

A tríade cognitiva de uma criança deprimida, que venha a participar de algum dos protocolos apresentados poderia envolver uma visão negativa de si, alguém inadequado e defeituoso, podendo acreditar que isso lhe torna uma pessoa sem valor e incapaz de ser feliz. A visão de futuro poderia atender esta visão de si, ou seja, um ambiente excessivamente exigente, não satisfatório e rodeado de derrotas. Estas vulnerabilidades cognitivas colaboram para uma visão de futuro negativista, com antecipações de derrotas e frustrações, podendo

desenvolver baixa autoestima, desesperança e sentimento de desamparo (Beck & Alford, 2011; Quevedo & Silva, 2013). Estudos revelam a correlação entre erros cognitivos e sintomas na infância, o que reforça a importância do acesso e modificação dos pensamentos em processo psicoterapêutico (Pereira, Barros & Mendonça, 2012).

Portanto, as modificações cognitivas são recursos essenciais em psicoterapias baseadas na TCC, quando se trata de ansiedade e principalmente de depressão esta estratégia torna-se um pilar central, haja vista a quantidade e intensidade de crenças disfuncionais que podem existir. Essa técnica pretende-se justamente acessar pensamentos disfuncionais e flexibilizá-los, ensinando o participante a responder de modo mais adaptativo a seus pensamentos. A criança é incentivada a testar a validade e utilidades de seus pensamentos, através do trabalho metacognitivo, organizando-os para que estes não prejudiquem sua rotina e autonomia (Caminha & Caminha, 2012; Gormes & Stallard, 2017). No programa EMOTION há a atividade “*Sunglass*”, a qual ilustra como os sentimentos de depressão e ansiedade podem alterar a forma como as pessoas interpretam situações. Nessa atividade, as crianças entram em uma sala luminosa e colocam óculos de sol escuros, assim, os líderes do grupo discutem como as coisas parecem através das lentes usadas (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

A partir do relaxamento, de crenças flexibilizadas e de menor rigidez cognitiva, muitas crianças precisarão ser reinseridas em seus ambientes sociais antes prejudicados. O treino de habilidades sociais é uma proposta que envolve as relações interpessoais em diferentes contextos e é amplamente utilizada em diversos protocolos de TCC para ansiedade e depressão (Del Prette & Del Prette, 2009, 2010). Na abordagem com crianças, esta proposta tem especial importância, pois nessa fase se inicia a exposição a diversos contextos, por exemplo o escolar, que possibilitarão aprendizagens de maneira direta ou indireta e o desenvolvimento de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005; Barbosa et al, 2016).

Outro modo de compreender o uso dessa estratégia está em pesquisas científicas, cujos resultados têm sugerido que as habilidades sociais podem ser reconhecidas como um importante fator não só para o desenvolvimento social das crianças, mas também para o desenvolvimento acadêmico delas (Bandeira, Rocha, Pires, Del Prette, & Del Prette, 2006; Gresham & Elliott, 2008; Del Prette, Del Prette, Oliveira, Gresham, & Vance, 2012;). Sobre os sintomas de ansiedade e depressão em específico, um estudo que avaliou preditivos para deficit de habilidades sociais, encontrou os problemas internalizantes como potencial desencadeador (Cordeiro & Del Prette, 2014).

Percebe-se que a presença de habilidades sociais possui relevante importância no desenvolvimento humano global, pois delas dependem os relacionamentos interpessoais bem-sucedidos, fazendo compreensível sua aplicação nestes protocolos. Entretanto, estas habilidades dependem de um conjunto de outras, as quais cognitivas, interpessoais e socioemocionais, necessárias para de adquirir um comportamento social adequado e positivo (Beauchamp & Anderson, 2010). Haja vista a necessidade de aquisições prévias para o bom desempenho de habilidades sociais e do perfil das psicopatologias trabalhadas neste estudo, percebe-se que os protocolos apresentam essa técnica em uma fase intermediária ou avançada de tratamento, onde questões tanto emocionais quanto cognitivas foram previamente trabalhadas. No protocolo *Coping Cat*, as habilidades sociais são utilizadas após o trabalho com as emoções e pensamentos, corroborando com o apresentado na literatura.

Assim como o treino de habilidades sociais, a técnica de resolução de problemas também surge em fase intermediária dos programas, com ou sem a participação dos responsáveis. Este recurso auxilia as crianças a manejarem com a presença de indecisões e dificuldades em organizar o raciocínio, aqui se objetiva ensinar mecanismos e mostrar possibilidades para a tomada de decisão (Curatolo & Brasil, 2005; APA, 2014).

Sugere-se que está técnica, tratando-se de crianças, pode ter um melhor desempenho quando compartilhada com os responsáveis, incluindo-os e comprometendo-os na solução de dificuldades encontradas pelas crianças. Esta inclusão pode ser observada no protocolo FRIENDS e TRI, pois as sessões de resolução de problemas contam com a participação dos responsáveis ou de pessoas que possam contribuir com o paciente, estratégia que pode inclusive contribuir para essas relações. Uma proposta diferente é encontrada no programa EMOTION, em que o grupo de crianças é convidado gerar múltiplas ideias para lidar com situações problemáticas, por meio de atividades experienciais (Martinsen, Kendall, Stark & Neumer, 2016).

Considerações Finais

Tendo em vista a importante prevalência de transtornos mentais presentes na infância, as consequências destes quando não tratados ao longo da vida do sujeito, e a existência de poucos protocolos de tratamento infantil para sintomas de depressão e ansiedade no Brasil, alerta para a necessidade de atenção a prevenção e tratamentos. O desenvolvimento de instrumentos psicoterapêuticos pode funcionar como diretrizes para profissionais, visto que estes poderão ter embasamento teórico e metodológico sobre a prática com o público infanto-juvenil.

Compreende-se que pesquisas que avaliam protocolos de psicoterapia são necessárias, visto que, ao obterem resultados significativos, podem contribuir para um fazer terapêutico baseado em evidências. Isso propicia uma prática clínica alicerçada teoricamente e clinicamente, mais assertiva, e conseqüentemente, com maior benefício para o público em atendimento.

O uso de uma psicologia baseada em evidências também pode contribuir para melhor

administração da demanda em serviços públicos de saúde, devido a sua extensão, haja vista o atendimento a partir de programas de comprovada qualidade e resolutividade. Além disso, protocolos terapêuticos de TCC possuem o benefício de serem estruturados com técnicas de comprovada potência, possuem tempo limitado e enxuto, com começo, meio e fim.

Por este trabalho se tratar de uma revisão narrativa da literatura, não se procura responder a uma pergunta de pesquisa como em revisões sistemáticas, assim, o estudo possui algumas limitações. Embora se tenha utilizado referências nacionais e internacionais, não foram discutidos todos os protocolos disponíveis para o tratamento de ansiedade e depressão infantil, o que pode ser considerado um viés. Ademais, essa revisão pode apresentar uma tendência em sua bibliográfica, uma vez que está fundamentada nos principais estudos publicados sobre a temática.

Entretanto, o objetivo maior deste estudo está em ampliar e disseminar o conhecimento sobre essa temática aos terapeutas, visando qualificar a abordagem com crianças que sofrem por estes sintomas. Esse estudo também contribui para potencializar discussões sobre o tema, possibilitando reflexões e impulsionando pesquisas que possibilitem criar ou aprimorar os modelos existentes.

Referências

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Ivanova, M. Y. (2012). International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1261-1272.
- Allgaier, A. K., Krick, K., Opitz, A., Saravo, B., Romanos, M., & Schulte-Körne, G. (2014). Improving early detection of childhood depression in mental health care: The Children's Depression Screener (ChilD-S). *Psychiatry research*, 217(3), 248-252.

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Pires, L. G., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Competência acadêmica de crianças do ensino fundamental: Características sociodemográficas e relação com habilidades sociais. *Interação*, 10(1), 53-62.
- Barbosa Romera Leme, V., Pereira Del Prette, Z. A., Koller, S. H., & Del Prette, A. (2016). Habilidades sociais e o modelo bioecológico do desenvolvimento humano: análise e perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1).
- Barmish, A.J., Kendall, P.C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal Clin Child Adolesc Psychol*. 34(3):569-81.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459 – 468.
- Barrett, P. M., Webster, H, et al. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*, Bowen Hills, Austrália: Australian Academy Press.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(3), 403-411.
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The Treatment of Anxiety in Young Children: Results of an Open Trial of the Fun FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(04), 231-242.
- Beauchamp, M. & Anderson, V. (2010). Social: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136 (1), 39-64.
- Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276-559.

- Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão: Causas e tratamento* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2008). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico*. 4 ed. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos Pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos Comportamentos: efeito bumerangue*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R.M., & Caminha, M.G. (2016). *Meu Caderno de Terapia*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Finger, I.R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In: Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Dutra, C.A. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Cordeiro Freitas, L., & Pereira Del Prette, Z. A. (2014). Categorias de necessidades educacionais especiais enquanto preditoras de déficits em habilidades sociais na infância. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4).
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 14(4), 631-648.
- Curatolo, E., Brasil, H. (2005) Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 54(3), 170-176.

- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). Avaliação de habilidades sociais: bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações* (pp. 187-229). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 38-49
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Oliveira, L. A., Gresham, F. M., & Vance, M. J. (2012). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International Journal*, 2, 1-16. doi:10.1177/0020715211430373.
- Elkins, R. M., McHugh, R. K., Santucci, L. C., & Barlow, D. H. (2011). Improving the transportability of CBT for internalizing disorders in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 161-173.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464.
- Fava, D. (Org) (2016). *A prática da Psicologia na Escola: Introduzindo a Abordagem Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artesã.
- Freire, T., Tavares, D. (2011). A influência da auto estima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social skills improvement system: Rating scales*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Gormes, V., Stallard, P. (2017). Transtorno de Ansiedade Generalizada na Infância. In: Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Dutra, C.A. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 498.
- 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.
- Iizuka, C.A. & Barrett, P.M. (2011) Programa *FRIENDS* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In: Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Artmed Editora. p. 264 – 285.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents*. The Cochrane Library.
- Justo, A.R., Santos, A. & Andretta, I. (2017). Programas de Prevenção na infância. In: In: Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Dutra, C.A. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 282.
- Kendall, P. C., Stark, K. D., Martinsen, K., O'Neil, K. A., & Arora, P. (2013). *EMOTION: "Coping kids" managing anxiety and depression; groupleaders manual*. Ardmore: Workbook Publishing.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005).

Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

Leahy, R.L., Tirch, D., Napolitano, L.A. (2013). *Regulação Emocional em Psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.

Lock, S., Barret, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20 (4), 183-199.

Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L., & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 26-29.

Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13.

Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1).

Medeiros, R. B. V. *Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de transtornos de ansiedade*. 2015. 124 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.

Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.

Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 129–153

Papalia, D., Olds, S.W., Feldman, R. D. (2011) *Desenvolvimento Humano*. Porto alegre : Artmed,

Paula, C. S., Duarte, C. S., Bordin, I. A. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria*. 29(1):11-7.

Pereira, A. I. F., Barros, L. & Mendonça, D. (2012). Cognitive errors and anxiety in school aged children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 817-823.

[Peris T.S.](#), [Compton, S.N.](#), [Kendall P.C.](#), [Birmaher B.](#), Sherrill J., [March J.](#), [Gosch E.](#), [Ginsburg G.](#), [Rynn M.](#), [McCracken J.T.](#), [Keeton C.P.](#), [Sakolsky D.](#), [Suveg C.](#), [Aschenbrand S.](#), [Almirall D.](#), [Iyengar S.](#), [Walkup J.T.](#), [Albano A.M.](#) [Piacentini J.](#) (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive-behavior therapy. *Journal Consult Clin Psychol*. 83(2): 239-252.

Petersen, C.S., Bunge, E., Mandil, J. & Gomar, M. Terapia Congitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In: Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Artmed Editora. p. 232 – 255.

Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Artmed Editora.

Quevedo, J., & Silva, A. (2013). *Depressão: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Ribeiro, M. V., Macuglia, G. C. R., & Dutra, M. M. (2013). Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 81-92.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.

Shucksmith, J., Summerbell, C., Jones, S., & Whittaker, V. (2007). *Mental wellbeing of children in primary education*.

Silverman, W. Pina, A.A., Vixwesvaran, C. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal Clin Child Adolescent Pshycology* 31(1): 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907.

Stark, K. D., & Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for Taking Action*. Workbook.

Vasco, A.B. (2013). Sinto e Penso, logo Existo!: Uma Abordagem Integrativa das Emoções. *PsiLogos 11(1)*, 37-44.

Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.

Wainer, R., Piccoloto, N.M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Artmed Editora. p. 170-194.

Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., & Connor-Smith, J. (2003). *Primary and secondary control enhancement training for youth depression: Applying the deployment-focused model of treatment development and testing*. New York: Guilford.

White, L. S. (2012). Reducing Stress in School-age Girls Through Mindful Yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), p.45(12).

Wolk, C. B., Carper, M. M., Kendall, P. C., Olino, T. M., Marcus, S. C., & Beidas, R. S. (2016). Pathways to anxiety–depression comorbidity: A longitudinal examination of childhood anxiety disorders. *Depression and anxiety*.

World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

Zenner, C.; Herrnleben-Kurz, S. & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, pp.203.

3.2 Seção empírica

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE INTERNA DA TERAPIA DE RECICLAGEM INFANTIL NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO

RESUMO

A criação de programas para trabalhar a sintomatologia ansiosa e depressiva em crianças torna-se importante para a não progressão de sintomas psiquiátricos no desenvolvimento posterior. Este estudo objetivou avaliar a validade interna do protocolo de Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) em reduzir os sintomas de ansiedade e/ou depressão em crianças de 8 a 12 anos. A pesquisa constituiu-se em um estudo descritivo e explicativo com delineamento de série temporal. Aplicou-se a TRI em 19 crianças de ambos os sexos com o objetivo de comparar a sintomatologia das crianças pré e pós intervenção, bem como no final de cada etapa de psicoterapia. Os dados foram analisados por ANOVAS de medidas repetidas e para compreender as diferenças de médias em cada etapa do tratamento, foram realizadas análises Post Hoc. Os resultados sugerem que o protocolo colaborou para a redução da ansiedade e depressão significativamente ($p < 0,005$), além de melhora na intensidade das distorções cognitivas inicialmente apresentadas ($p < 0,005$). A principal mudança sintomatológica ocorreu após a etapa inicial do protocolo. Esses resultados sugerem que a TRI se mostrou eficaz como ferramenta clínica no tratamento de sintomas ansiosos e depressivos no público infanto-juvenil.

Palavras-Chaves: Ansiedade; Depressão; Crianças; Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The creation of programs to work on anxious and depressive symptomatology in children becomes important for the non-progression of psychiatric symptoms in the later development. This study aimed to evaluate the internal validity of the Child Recycling Therapy (TRI) protocol in reducing the symptoms of anxiety and / or depression in children aged 8 to 12 years. The research consisted of a descriptive and explanatory study with a time series design. We applied TRI in 19 children of both sexes with the objective of comparing the symptoms of pre and post intervention children, as well as at the end of each stage of psychotherapy. The data were analyzed by ANOVA with repeated measurements and to understand the differences of means at each stage of the treatment, Post Hoc analyzes were performed. The results suggest that the protocol contributed to the reduction of anxiety and depression significantly ($p < 0.005$), as well as an improvement in the intensity of the cognitive distortions initially presented ($p < 0.005$). The main symptom change occurred after the initial stage of the protocol. These results suggest that TRI has proved effective as a clinical tool in the treatment of anxiety and depressive symptoms in children and adolescents.

Keywords: Anxiety; Depression; Children; Cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

O campo da psicopatologia infantil, que por muito tempo permaneceu negligenciado, tem apresentado um perfil crescente em termos de pesquisas nas últimas décadas, envolvendo diversos estudos que buscam por maior conhecimento sobre o tema (Achenbach, Rescorla, & Ivanova, 2012; Insel, 2014; Polanczyk et al., 2015). Recentemente, foram verificadas taxas mundiais de psicopatologia na infância e adolescência, encontrando-se prevalência de 13,4% para qualquer transtorno mental, 6,5% para transtornos de ansiedade e 2,6% para transtorno

depressivo, sendo estes dois os mais prevalentes de forma isolada ou comorbida (Epkins & Heckler, 2011; Cummings et al., 2014; Polanczyk et al., 2015).

Pesquisas apontam que muitos dos transtornos mentais têm seu início na infância, embora não necessariamente há busca por tratamento ocorra nesta faixa etária (Barrett, Cooper & Teoh, 2014). Quando não tratados corretamente, estes podem assumir um curso crônico (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Um estudo longitudinal encontrou resultados sugerindo que apresentar um diagnóstico de transtorno mental na infância aumenta em três vezes a chance para um diagnóstico em idade adulta (Copeland et al., 2013).

Os transtornos de ansiedade e depressão em crianças estão relacionados a importantes prejuízos no desenvolvimento posterior, como menor funcionamento global, relações interpessoais pobres, baixa autoestima e dificuldades escolares (O'Neil et al., 2010; Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014; Cruvinel & Boruchovitch, 2014). A origem destes transtornos na infância é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos (APA, 2014; Thieng, Cavalcante & Lovisi, 2014).

O componente familiar vem sendo estudado na apresentação de psicopatologias em crianças e alguns estudos têm apontado correlações entre sintomatologia presente em pais e filhos, ou seja, pais ansiosos tendem a ter filhos ansiosos (Milrod et al., 2014; Thieng, Cavalcante & Lovisi, 2014; Lins & Alvarenga, 2015). Nos últimos 20 anos houve ampliação na busca por atendimento para jovens em serviços públicos de saúde, este aumento tem ocorrido por sujeitos cada vez mais jovens e de idade não típica para início sintomatológico (Atladdottir et al., 2015; Olfson et al., 2014; Sawyer, Miller-Lewose, Clark, 2007).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado resultados empíricos satisfatórios no tratamento de ansiedade e depressão na infância (Reynolds et al., 2012; Hofmann et al., 2012; James et al., 2015). Protocolos de tratamento foram desenvolvidos e

alguns são mundialmente conhecidos, como o Coping Cat (Kendall, 1994) e FRIENDS (Barrett et al., 2000). Estudos verificaram a validade destes protocolos, os quais se mostraram eficazes (Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008; Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006; Barrett, Fisak & Cooper, 2015).

Recentemente, no sul do Brasil, foi lançada a Terapia de Reciclagem Infantil, um protocolo com objetivo de adaptar e inovar no tratamento de ansiedade e sintomas de humor com base nas terapias cognitivo-comportamentais. É composto por 20 sessões destinadas a crianças de 8 a 12 anos e envolve os responsáveis em algumas sessões. (Caminha, Caminha & Finger, 2017). A TRI busca desenvolver habilidades na infância que incluem a educação emocional, desenvolvimento de empatia, expressão assertiva das emoções, entendimento sobre fatores cognitivos e nossa capacidade de modificar pensamentos. Também se trabalha com resolução de problemas, habilidades sociais, compreensão sobre fatores que influenciam o bem-estar e exercícios que visam o relaxamento do corpo e mente.

Portanto, de acordo com a proposta das TCCs e de uma psicologia baseada em evidências, este estudo objetiva avaliar a validade interna do protocolo TRI em reduzir os sintomas de ansiedade e/ou depressão em crianças de 8 a 12 anos. Seguindo a tendência de intervenções com números menores de encontros e para facilitar a aplicabilidade em serviços públicos de saúde, onde existe uma grande demanda a ser atendida, o presente projeto visa avaliar o protocolo em sua forma compacta, utilizando 12 sessões da TRI.

MÉTODO

Esta pesquisa constituiu-se em um estudo descritivo e explicativo com delineamento de série temporal, que objetivou comparar a sintomatologia das crianças pré e pós intervenção, bem como no final de cada etapa de psicoterapia com a Terapia de reciclagem

infantil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 40658214.6.0000.5336) e utilizou-se termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) com todos os participantes e seus responsáveis, seguindo as normas vigentes sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Participantes

Participaram 19 crianças entre 8 e 12 anos, meninos e meninas, alfabetizados e que apresentavam sintomas clínicos para ansiedade e/ou depressão. A seleção dos participantes se deu por divulgações em redes sociais, contato com escolas públicas e particulares do município de Porto Alegre e contato com sujeitos que estavam em lista de espera do serviço de atendimento e pesquisa em psicologia (SAPP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Aqueles que manifestaram interesse tiveram agendada uma entrevista de triagem que buscou avaliar os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Foram excluídas do estudo crianças que faziam tratamento medicamentoso ou psicoterápico para ansiedade e/ou depressão, que apresentavam sintomas psicóticos, transtorno de espectro autista e transtorno de estresse pós-traumático. Além disso, crianças que apresentaram transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e não estavam em tratamento medicamentoso para tal, também foram excluídas da pesquisa, bem como aquelas com déficit cognitivo importante.

Instrumentos

Todos os instrumentos foram aplicados durante a entrevista de triagem, para a avaliação de processo e pós intervenção reaplicou-se aqueles que mediram depressão, ansiedade e pensamentos automáticos negativos.

Questionários de Dados Sociodemográficos

As características socioeconômicas foram definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil, o instrumento utiliza um levantamento de características domiciliares para diferenciar a população. A partir de uma soma de pontos é feita correspondência com estratos de classificação econômica descritos por A, B (1-2), C (1-2) e D-E (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015).

Child Behavior Checklist (CBCL)

O instrumento é respondido pelos responsáveis e constitui-se de duas etapas, cujo avaliam as competências da criança e comportamentos problema. Foi desenvolvido por Achenbach e Rescorla, em 1991 e a versão brasileira, com dados preliminares, apresentou alta sensibilidade (Bordin, Mari & Caeiro, 1995). Recentemente foi realizada uma revisão das qualidades psicométricas e novamente considerou-se adequado para a população brasileira (Rocha et al., 2013).

Children's Depression Inventory (CDI)

Inventário constituído por 27 itens com três opções de escolha que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos a partir do auto relato. Foi desenvolvido por Kovacs (1983) e validado no Brasil. A consistência interna do instrumento é de 0,85 ($n = 951$, $dp = 7,70$). Definiu-se, como ponto de corte para pacientes

cl clinicamente significativos, a pontuação 14, para meninos, e 16, para meninas (Wathier, Dell’Aglío & Bandeira, 2008).

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Instrumento multidimensional com 41 perguntas que avaliam sintomas de ansiedade em crianças (Birmaher et al., 1997) de acordo com as categorias de DSM-IV (APA, 1994). Estudos de adaptação e validação foram realizados no Brasil e obtiveram importantes resultados de consistência interna (alpha de Cronbach=0,87), além disso, também identificaram como mais adequado um ponto de corte de 37 pontos (Barbosa, Gaião & Gouveia, 2002).

Escala de Pensamentos Automáticos para Crianças e Adolescentes (CATS)

O instrumento possui 40 itens que investigam pensamentos automáticos negativos através de uma escala Likert de cinco pontos, respondida pela própria criança, avaliando quatro fatores: fracasso pessoal, ameaça social, ameaça física e hostilidade. Foi originalmente desenvolvida por Schniering e Rapee (2002) e adaptada para o português por Teodoro, Andrade e Castro (2013). Análises de consistência interna indicaram alfas de Cronbach variando entre 0,76 e 0,91.

Escala de inteligência Wechsler abreviada (WASI)

A WASI é uma escala Wechsler que se propõe a avaliar o funcionamento cognitivo de um modo breve e eficaz em sujeitos de 6 a 89 anos (Psychological Corporation, 1999). Constitui-se pelos subtestes vocabulário, semelhanças, cubos e raciocínio matricial. A escala foi adaptada para o português por Trentini, Yates e Heck (2014), onde também foram feitas

análises fatoriais para investigar sua validade, as quais obtiveram resultados favoráveis (Wagner, Camey e Trentini, 2014). Este instrumento foi utilizada para excluir crianças com QI a partir de limítrofe ou inferior.

Adult Self-Report (ASR)

A escala ASR (Achenbach & Rescorla, 2003) avalia indicativos de aspectos clínicos e de funcionamento a partir do auto relato, disponível para a faixa etária de 18 a 59 anos. Evidências de validade do ASR para realidade brasileira demonstrou bons resultados, apresentando consistência interna variando entre 0,70 a 0,86 (Lucena-Santos, Moraes & Oliveira, 2014).

Procedimentos

Os dados foram coletados de agosto de 2016 a julho de 2017 em consultórios do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS, respeitando a privacidade necessária durante a triagem e psicoterapia. O contato inicial se deu via telefone, onde previamente era explicado sobre o objetivo da pesquisa, caso houvesse interesse agendava-se um horário para a entrevista de triagem, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Neste encontro era detalhadamente explicado o estudo, assinava-se o TCLE e TALE e aplicavam-se os instrumentos iniciais.

Todas as entrevistas foram realizadas por psicólogos ou estudantes de psicologia, os quais foram treinados para uniformizar o processo de triagem. Quando selecionados, os participantes eram encaminhados na semana seguinte para psicoterapia, e quando excluído, eram encaminhados para locais que prestavam atendimento psicológico gratuito. A equipe deste projeto foi composta por sete pessoas, entre eles psicólogos e estudantes de psicologia

no último ano do curso, os quais foram capacitados para atuarem como terapeutas com base no protocolo. Os participantes do estudo foram reavaliados individualmente por um desses membros da equipe, em cada final de etapa, sendo o avaliador uma pessoa que não o terapeuta

Intervenção psicológica

Após a entrevista de triagem (pré-teste), os participantes incluídos foram encaminhados para a intervenção. Essa intervenção constituiu-se de 12 sessões individuais, semiestruturadas e semanais, cada uma com duração de 1 hora. Todas as consultas foram gravadas. Os terapeutas receberam supervisão semanal sobre cada caso e o protocolo foi dividido em três etapas – emoções, pensamento, comportamento - de acordo com o modelo do TRI. Cada etapa do protocolo utilizou um instrumento de acesso às crianças, são eles: Baralho das emoções (Caminha & Caminha, 2011), Baralho dos pensamentos (Caminha & Caminha, 2012) e Baralho dos comportamentos (Caminha & Caminha, 2013). A descrição sobre o objetivo de cada sessão está detalhada na Tabela 1.

Tabela 1: Descrição dos objetivos das sessões de psicoterapia com a TRI de acordo com cada etapa do protocolo.

SESSÃO	OBJETIVO
ETAPA T	Triagem
1 (com responsáveis)	Explicação sobre o protocolo TRI e etapa “T”; Psicoeducação sobre emoções.
2 (com a criança)	Psicoeducação sobre emoções: trabalho com emoções primárias e secundárias escolhidas pela criança. Regulação emocional. Tarefa de casa: monitoramento das emoções.
3 (com a criança)	Revisão de tarefas, feedback da semana. Trabalho com exercícios de empatia e regulação emocional. Tarefa de casa: exercícios de empatia para a família.
ETAPA R	Reavaliação

4 (com responsáveis)	Explicação sobre etapa “R”. Psicoeducação quanto aos processos cognitivos e palavrinhas que reciclam -reestruturação cognitiva - e cartões S.O.S.
5 (com a criança)	Início do trabalho com reestruturação cognitiva, máquina da reciclagem e palavrinhas que reciclam (porém, portanto e logo posso aceitar). Tarefas: máquina da reciclagem e S.O.S.
6 (com a criança)	Revisar a intensidade dos pensamentos trabalhados na sessão anterior. Máquina da Reciclagem para pensamentos persistentes. Criar pensamentos novos com questionamento socrático. Tarefas de casa: máquina reciclagem e S.O.S.
7 (com a criança)	Trabalho com a máquina da difusão para emoções agradáveis de sentir: amor e alegria. Tarefa de casa: máquina da difusão e S.O.S., expressar assertivamente os comportamentos da máquina.
ETAPA I	Reavaliação
8 (com responsáveis)	Explicação sobre etapa “T”. Psicoeducar sobre processos comportamentais: efeito bumerangue, bem-estar, cenas comportamentais.
9 (com a criança)	Trabalhar cenas comportamentais eleitas pelo terapeuta conforme problema apresentado pelo paciente.
10 (com a criança e responsável)	Trabalho com resolução de problemas.
11 (com a criança e responsável)	Trabalho com psicoeducação sobre relaxamento, respirações e acalmando minha mente.
12 (com a criança e responsável)	Revisar todas as etapas trabalhadas. Destacar o banco de reforços, tarefas de manutenção, prevenção à recaída.
	Reavaliação

Análise dos dados

Para determinação do tamanho amostral, tomou-se como base os resultados pré e pós intervenção encontrados na tese de doutorado de Medeiros (2015), a qual utilizou intervenção e instrumentos semelhantes aos deste estudo. Assumindo um nível de significância de 5%

($\alpha=0,05$), margem de erro sobre a diferença de 20% e poder amostral de 80% ($1-\beta$), chegou-se a um número amostral mínimo de 19 crianças.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente utilizando o pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. As variáveis categóricas são apresentadas por frequências e percentuais e as variáveis contínuas, por média e desvio-padrão. Utilizou-se de uma análise intragrupo por meio do teste de Wilcoxon sobre as variáveis (ansiedade e/ou depressão) antes e depois da intervenção.

Para verificar a validade interna do protocolo aplicado, utilizou-se ANOVA de medidas repetidas corrigidas pelo teste de Greenhouse-Geisser quando o teste de esfericidade de Mauchly's foi violado. Com intuito de compreender as diferenças de médias em cada etapa do tratamento, foram realizadas análises Post Hoc, com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. A análise do tamanho de efeito entre a comparação intragrupo foi realizada através do eta quadrado. Em todos os testes assumiu-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Este estudo realizou 40 entrevistas de triagem, incluindo 22 crianças no processo psicoterapêutico, entretanto, 86,4% (n=19) aderiram ao tratamento e concluíram o protocolo de pesquisa. Os participantes excluídos não ingressaram no estudo devido à ausência de sintomatologia clínica (n=9), uso de medicação psiquiátrica (n=1), TDAH sem uso de medicação (n=2), QI limítrofe (n=2), não alfabetização (n=2) TEPT (n=1) e realização de psicoterapia no momento da triagem (n=1).

No que se refere ao perfil sociodemográfico e escolar dos 19 participantes do estudo, a Tabela 2 descreve as principais características da amostra. A média de idade das crianças foi de $9,63 \pm 1,49$ anos e 78,9% (n=15) estavam com os pais divorciados. Observa-se que a

maioria (n=13) obteve a classificação C (1 e 2) segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil da ABEP.

Tabela 2. Descrição dos dados sociodemográfico, escolares e sintomatológicos.

Variável	n(19)	(%)
Sexo		
Menino	13	(68,4)
Menina	6	(31,6)
Cor de pele		
Branco	13	(68,4)
Negro	6	(31,6)
Repetiu de série		
Não	15	(78,9)
Dificuldade de aprendizagem		
Sim	10	(52,6)
Sintomatologias apresentadas no início da intervenção		
Depressão	10	(52,6)
Ansiedade	9	(47,4)
Ansiedade + Depressão	1	(5,3)

A maioria dos meninos apresentou como principal sintoma depressão (n=7) enquanto as meninas apresentaram homogeneidade de sintomas depressivos (n=3) e ansiosos (n=3). O CBCL indicou problemas internalizantes em nível clínico, porém, especificamente, sintomas ansiosos e depressivos foram classificados como limítrofes. Segundo o ASR, os responsáveis pelos participantes também apresentavam sintomatologia clínica para problemas internalizantes. Os resultados do CBCL e ASR estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Média e desvios-padrão das variáveis CBCL e ASR

Score CBCL	n	min	máx	média	dp
Ansiedade e Depressão	19	59,00	92,00	69,10**	8,47
Isolamento e Depressão	19	50,00	90,00	65,02*	12,31
Problemas Somáticos	19	53,00	76,00	62,82	8,15
Problemas Sociais	19	51,00	85,00	63,47	9,13
Problemas de Pensamento	19	51,00	80,00	62,00	9,45
Problemas de Atenção	19	52,00	83,00	65,29*	8,37
Violação de Regras	19	50,00	78,00	57,82	7,33
Comportamento Agressivo	19	50,00	79,00	63,64	7,35
Problemas Internalizantes	19	60,00	89,00	68,70**	7,69
Problemas Externalizantes	19	43,00	78,00	61,82*	8,18
Total de Problemas	19	58,00	79,00	67,58**	5,89
Escolaridade	19	24,00	55,00	38,17	9,05
Score ASR					
Ansiedade e Depressão	19	52,00	87,00	65,17*	9,97
Isolamento e Depressão	19	50,00	83,00	60,00	8,46
Problemas Somáticos	19	50,00	79,00	59,47	8,49
Problemas de Pensamento	19	50,00	86,00	55,70	9,19
Problemas de Atenção	19	50,00	85,00	61,23	9,86
Violação de Regras	19	50,00	86,00	57,47	9,75
Comportamento Agressivo	19	51,00	89,00	60,88	8,70
Problemas Internalizantes	19	50,00	88,00	63,70**	10,24
Problemas Externalizantes	19	24,00	99,00	71,58**	22,46
Total de Problemas	19	49,00	93,00	59,88	10,78

*Score limítrofe; **Score clínico

Os responsáveis pelas crianças da amostra apresentaram um média de idade de 37,79 \pm 6,63 para mães e 40,6 \pm 7,35 para pais. A maior prevalência dos responsáveis acompanhantes esteve entre as mães 89,5% (n=17). Quando os foi questionado quanto a classificação subjetiva sobre o rendimento escolar de seus filhos, em uma escala entre 0 a 10, 84,2% (n=16) os classificaram entre 6 a 10. Entretanto, 52,6% (n=10) apontaram que seus filhos possuíam dificuldades de aprendizagem. Ao avaliar a inteligência dos participantes, se obteve um QI médio de 108,74 \pm 16,36, o que se pode classificar como médio. Sobre a presença de transtornos mentais na família, 73,7% (n=14) dos responsáveis afirmaram possuir pelo menos um, sendo o mais prevalente a depressão.

A avaliação sobre pensamentos automáticos disfuncionais e intensidade de sintomas depressivos e ansiosos foram realizados a partir da aplicação de instrumentos específicos em quatro diferentes tempos, são eles: entrevista de triagem (avaliação inicial), tempo 1 (após 3 semanas), tempo 2 (após 7 semanas) e pós teste (após 12 semana). Na avaliação inicial sobre pensamentos automáticos disfuncionais da amostra, observou-se maior intensidade naqueles relacionados a ameaça social e fracasso pessoal. Os fatores com menor prevalência foram os envolvendo ameaça física e hostilidade.

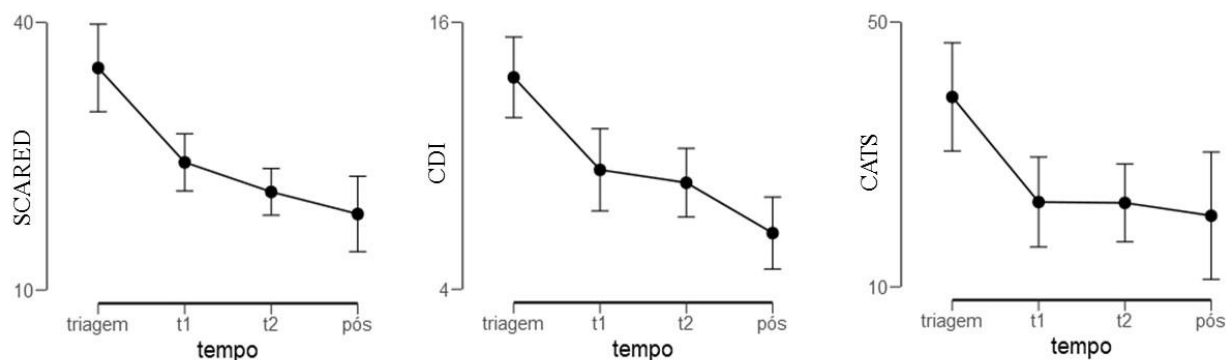
O teste não-paramétrico de Wilcoxon intragrupo apontou que há diferença entre pré e pós intervenção em cada variável sintomatológica estudada a partir dos instrumentos SCARED ($p < 0,001$), CDI ($p < 0,001$) e CATS ($p = 0,001$). A Tabela 4 apresenta os resultados das ANOVAS e a Figura 1 ilustra as diferenças de médias do teste Post Hoc.

Tabela 4. Resultados das ANOVAS de medidas repetidas de acordo com o instrumento avaliado.

		Efeitos intra sujeitos					
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2
SCARED ^a	Tempo	2962	1.905	1554.58	15.53	< .001	0.46
	Residual	3433	34.294	100.11			
CDI	Tempo	485.7	3.000	161.91	12.85	< .001	0.42
	Residual	680.3	54.000	12.60			
CATS ^a	Tempo	3351	1.906	1758.3	5.29	0.012	0.26
	Residual	9510	28.589	332.6			

^a O teste de esfericidade de Mauchly indica que a suposição de esfericidade foi violada ($p < .05$).

Figura 1. Gráfico referente as diferenças de médias do teste Post Hoc



No início da intervenção 100% da amostra apresentava algum sintoma clínico, porém em cada avaliação de processo a frequência clínica era reduzida. Após a etapa T 21,1% (n=4) e etapa R 15,7% (n=3) permaneciam clínicos. Médias e desvios-padrão pré e pós intervenção estão descritos na Tabela 5. Ao término da TRI, apenas 5,3% (n=1) das crianças apresentava nível clínico de ansiedade, todos os demais participantes concluíram o protocolo com remissão de ambos os sintomas estudados.

Tabela 5. Médias e desvios-padrão pré e pós intervenção

Instrumento	Pré-intervenção (n=19)		Pós-intervenção (n=19)		Teste de Wilcoxon intragrupo
	m	dp	m	dp	
SCARED	34,89	12,30	18,53	10,47	p<0,001
CDI	13,53	15,69	6,53	4,35	p<0,001
CATS	39,53	15,69	24,37	22,37	p=0,001

*m: média; dp: desvio-padrão

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo esteve em avaliar a validade interna do protocolo TRI em reduzir a sintomas clínicos depressivos e ansiosos, ou seja, verificar se para o grupo de sujeitos da amostra estudada esta estratégia contribuiria para a remissão sintomatológica. Os resultados estatísticos sugerem que o protocolo colaborou para a redução da ansiedade e depressão significativamente ($p < 0,001$), além de melhora também significativa na intensidade das distorções cognitivas ($p = 0,012$) inicialmente apresentadas.

Verificou-se a presença de importante adesão ao tratamento, ocorrendo poucas perdas ao longo dos três meses de intervenção, o que difere do comumente observado em estudos longitudinais (Walkup, Albano et al., 2008). Encontrou-se resultados semelhantes em um estudo que também trabalhou com crianças ansiosas e depressivas juntamente com seus pais, apresentando altas prevalências de adesão, tanto das crianças quanto dos pais (Martinsen et al., 2016). Devido a esta aproximação, existe a hipótese de que o perfil dos pacientes com sintomas internalizantes pode estar relacionado a melhor adesão. Sobretudo, também compreende-se que o modelo lúdico de trabalho desenvolvido com a TRI possa ter relação com a retenção da amostra estudada.

Quando os participantes deste estudo são comparados a população infantil geral, percebe-se que ela se comporta, em partes, de modo diferente. A literatura aponta que a maior prevalência de transtornos mentais na infância está nos transtornos de ansiedade, o que diverge do observado aqui, onde a maior prevalência esteve em sintomas depressivos. Todavia, quando se observa a prevalência da amostra por sexo, encontra-se que a maioria foi composta pelo sexo masculino, o que pode justificar a depressão como principal sintoma encontrado. Estudos anteriores destacam que embora a depressão seja mais prevalente em mulher, quando se fala de infância o mesmo não ocorre, visto que existem taxas um pouco

maiores deste sintoma no sexo masculino, o mesmo observado neste estudo (Versiani, Reis & Figueira, 2000; Thieng, Cavalcante & Lovisi, 2014).

Quanto aos dados sociodemográficos, observa-se um perfil de crianças com pais separados, histórico familiar de transtornos mentais e algum nível de vulnerabilidade socioeconômica, estes são ambos fatores de risco para ocorrência de transtornos mentais na infância. Este perfil se aproxima do descrito na literatura quando esta indica que os transtornos mentais possuem causa multifatorial, envolvendo desde questões genéticas até estressores ambientais (Epkins & Heckler, 2011; Thieng, Cavalcante & Lovisi, 2014). Supõe-se que estes podem ter agido como fatores de vulnerabilidade também neste grupo de crianças.

Embora seja descrito pelos responsáveis a presença de dificuldades escolares, a grande maioria da amostra não apresentava reprovação escolar ou níveis clínicos de problemas escolares no CBCL, inclusive os mesmos responsáveis classificaram o rendimento destes entre 6 e 10. Os participantes foram classificados de um modo geral com QI médio, o que indica capacidades cognitivas preservadas para aprendizagem. Assim, é possível que as dificuldades escolares que os responsáveis se referem estejam presentes devido a questões emocionais, haja vista que este é um dos possíveis prejuízos provocado pela sintomatologia internalizante (O'Neil et al., 2010; Cruvinel & Boruchovitch, 2014; Martins, Almeida & Viana, 2014).

Quando às características familiares, percebe-se pais com idade superior às mães e uma maior prevalência materna como responsável principal no tratamento. Observou-se níveis clínicos para sintomatologia internalizante nos responsáveis a partir do ASR, achado que corrobora com a literatura prévia. Pesquisas já destacaram que a presença de psicopatologia

nos pais pode ser um preditivo para desenvolvimento de problemas internalizantes nas crianças. (Milrod et al., 2014; Thieng, Cavalcante & Lovisi, 2014; Lins & Alvarenga, 2015).

Cabe destacar aqui o quanto o ambiente e as relações parentais são capazes de influenciar positiva ou negativamente a saúde mental das crianças e a importante relevância de busca por atendimento no início sintomatológico, visando evitar a cronificação e progressão dos sintomas. Ademais, a inserção dos responsáveis no processo psicoterapêutico na infância apresenta-se como fator primordial, a parceria entre terapeuta e família tende a potencializar os objetivos desejados.

Os responsáveis também responderam instrumentos sobre os participantes, observamos aqui que estes percebem em alguma medida as dificuldades das crianças, haja vista os resultados classificados como clínicos para problemas internalizantes apresentados pelo CBCL. Entretanto, parece não haver uma completa compreensão ou conhecimento por parte dos responsáveis sobre os prejuízos sociais e cognitivos da amostra, visto que estes foram classificados como não clínicos pelo instrumento. Porém, os resultados do CATS sugerem prejuízos nestas áreas, apontando intensidade de pensamentos automáticos relacionados a ameaça social e fracasso pessoal.

Esta discrepância entre resultados pode estar relacionada a dificuldades em expressar ou compreender estados emocionais e pensamentos que crianças com sintomatologia internalizante podem apresentar, muitas vezes não compreendem suas emoções e não apresentam habilidades para enfrentá-las (Orti & Bolsoni-Silva, 2017). Sugere-se que uma dinâmica como esta pode estar relacionada a busca tardia de ajuda clínica na infância na presença de transtornos mentais, haja vista sua dificuldade de percepção, compreensão ou comunicação da família, responsáveis e escola com a criança que apresenta a sintomatologia.

Quanto ao acompanhamento dos sintomas de depressão e ansiedade e dos pensamentos automáticos negativos ao longo da intervenção, os resultados do teste de Wilcoxon e das ANOVAS indicam que as medidas destas variáveis obtiveram diferenças de médias significativas estatisticamente ao longo do tempo, cuja poder de efeito foi considerado grande ($\eta^2 \geq 0.26$). Estes resultados sugerem que houve remissão clínica ao longo dos três meses de intervenção neste grupo de participantes, obtendo importante redução em nível de sintomatologia clínica e distorções cognitivas.

No teste Post Hoc, observa-se que em ambos os instrumentos testados – CDI ($m=4.16$ $dp=1.30$) SCARED ($m=10.58$ $dp=2.44$) e CATS ($m=15.87$ $dp=3.57$) - a principal diferença de média se deu após a primeira parte da intervenção, ou seja, após a etapa do trabalho com as emoções ($p \leq 0,05$). O trabalho de regulação emocional vem sendo muito pesquisado, estudos anteriores apontaram a eficácia do trabalho com as emoções em diversas psicopatologias (Freire & Tavares, 2011; Vasco, 2013). Na ansiedade e da depressão, a desregulação emocional pode trazer como consequência a baixa compreensão e aceitação emocional, maior intensidade em reações emocionais negativas, baixa expressividade de emoções positivas e menor capacidade de nomear e descrever as emoções (Mennin et al., 2002; Silk, Steinberg & Morris, 2003).

A intervenção a partir de regulação emocional atinge tais prejuízos citados, mas também pode impactar em nível de cognições distorcidas, como a ruminação e a catastrofização, comuns em quadros ansiosos e depressivos (Mocaiber et al., 2008). Este estudo corrobora com esta proposta, visto que os pensamentos automáticos negativos da amostra reduziram após o trabalho com a regulação emocional.

No Post Hoc do CDI, percebe-se importante redução de média não só no trabalho de regulação emocional, mas também após o trabalho com estratégias comportamentais ($m=2.26$

dp=1.05), última etapa do protocolo TRI. É possível compreender este dado a partir do descrito na literatura sobre a utilização de ativação comportamental com pacientes deprimidos, cujo resultados se mostram semelhantes àqueles utilizando estratégias cognitivas e medicamentosas (Dimidjian et al., 2016).

No Post Hoc do CATS, não houve significância estatística quando se comparou a média da entrevista de triagem com a pós intervenção isto devido a uma pequena redução de do T2 para a pós (m=1.938 dp=4.19). Os resultados indicam que as estratégias comportamentais não apresentarem um desempenho a ponto de impactar significativamente a flexibilização das distorções cognitivas da amostra, estando relacionados apenas as etapas iniciais. A literatura vigente aponta justamente o mesmo, que recursos terapêuticos voltados às emoções e reestruturação cognitiva flexibilizam os pensamentos (Mocaiber et al., 2008).

De um modo geral, os resultados apresentados pelas ANOVAS auxiliaram na compreensão de que durante os três meses de acompanhamento houve remissão significativa de sintomas e pensamentos disfuncionais. Entretanto, assume-se uma postura conservadora ao não indicar ter sido apenas o protocolo TRI o responsável por esta modificação, haja vista a ausência de um grupo controle e medidas repetidas ao longo do tempo em sujeitos que não estavam recebendo a intervenção. Apenas formulamos a hipótese que ao longo destes três meses de intervenção, alguma variável – podendo ser a terapia de reciclagem infantil – interferiu na melhora sintomatológica desta amostra.

O uso de protocolos terapêuticos baseados na teoria cognitivo-comportamental na infância é mundialmente estudado, existindo resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, sobretudo quanto a redução de sintomas ansiosos e depressivos. O programa *Coping Cat* possui diversas pesquisas apontando sua efetividade (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997;

Kendall et al., 2008), servindo como guia para muitos profissionais, entretanto não há uma adaptação para o Brasil.

No Brasil há poucas publicações que avaliam evidências sobre protocolos infantis individuais, estudos com grupos já foram realizados, porém com adaptações livres de protocolos internacionais (Gauy, 2011; De Sousa, Salum et al., 2013). Os dados desta pesquisa com a TRI indicam potencial para que este possa se tornar um protocolo referência em nosso país, haja vista a construção deste de acordo com a cultura do país, podendo auxiliar serviços e profissionais psicólogos no exercício de suas funções.

Ao término da intervenção apenas um único participante mantinha sintoma clínico para ansiedade. Este participante ingressou no estudo com sintomas de ansiedade vinculados a separação ou afastamento da mãe, a qual precisou se submeter a um procedimento cirúrgico na semana de finalização da intervenção, necessitando permanecer hospitalizada alguns dias. Assim, compreende-se que o participante apresentava importante estresse ambiental naquele momento, o que pode ter interferido na piora sintomatológica, visto que na etapa anterior o mesmo já se encontrava em sintomatologia não clínica. Os demais participantes finalizaram o processo com remissão de níveis clínicos e flexibilização das distorções cognitivas iniciais.

O presente estudo apresentou algumas limitações, a começar pelo seu pequeno número de participantes, o que impossibilitou análises mais robustas. Somado a isto, a ausência de um grupo controle nos impede de fazer generalizações quanto a estes resultados, bem como em afirmar ser devido exclusivamente a intervenção a melhora sintomatológica dos participantes, haja vista não sabermos como se comportaram crianças que não receberam a intervenção ao longo dos três meses.

Outro fator a ser considerado são os diferentes terapeutas colaboradores desta pesquisa, totalizando sete entre psicólogos e estudantes no último ano de graduação. Embora

tenhamos realizado um cuidadoso treinamento para uniformizar o trabalho em cada sessão, sabe-se que o estilo de cada terapeuta e as diferentes formações podem interferir nos resultados finais aqui apresentados. Também temos como limitação a ausência, neste momento, de medidas de follow-up, as quais permitiriam acompanhar a evolução obtida após a final da intervenção.

Como sugestões para próximos estudos, salientamos a necessidade de pesquisas experimentais, com grupo controle, capazes de potencializar os resultados aqui apresentados. Ademais, estudos envolvendo diferentes estados no Brasil, acessando diferentes populações e culturas, poderiam revelar se a TRI é de fácil trabalho em outras regiões para além daquela em que foi desenvolvida. Destacamos a importância do seguimento de pesquisas que busquem de uma psicologia baseada evidências, capazes de colaborar com outros colegas acerca do aperfeiçoamento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a avaliar a TRI quando aplicada a crianças com sintomas depressivos e ansiosos, acompanhando também a modificação da intensidade dos pensamentos automáticos negativos ao longo da intervenção e a verificando a sintomatologia psicopatológica familiar. Análises estatísticas se mostraram significativas para a melhora sintomatológica da amostra e observou-se que os participantes e seus responsáveis apresentavam problemas clínicos internalizantes.

A partir dos dados obtidos, percebe-se um padrão em redução sintomatológica do grupo de participantes, obtendo redução sintomatológica estatisticamente significativa na grande maioria deles. Observou-se importante impacto da intervenção após o trabalho com as emoções e regulação emocional, quer seja nos sintomas de ansiedade e depressão ou na

redução das distorções cognitivas iniciais. Tal flexibilização auxiliou na capacidade comportamental de enfrentamento frente a situações temidas.

De um modo geral, identifica-se que a TRI possui como principal diferencial dos demais protocolos terapêuticos infantis as estratégias de regulação emocional. Embora conhecidos instrumentos terapêuticos trabalhem com a identificação e nomeação das emoções, a TRI se propõe a ir além e capacitar as crianças a discriminar intensidade e disponibilizar recursos para quantificá-las e modificar o modo de as expressar.

Compreende-se que a terapia de reciclagem infantil, aplicada de versão breve de 12 sessões semanais, apresentou validade interna para este grupo de sujeitos, agindo como importante ferramenta clínica. Com os resultados e evidências obtidas sobre o trabalho emocional, realizado na primeira etapa do protocolo, sugere-se que este pode ser um foco central para intervenções de maior brevidade ou únicas, devido ao impacto que podem ter em psicopatologias da infância.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (1991). *Childhood behavior checklist*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Ivanova, M. Y. (2012). International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1261-1272.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). Critério de Classificação econômica Brasil (CCEB).
- Atladottir, H. O., Gyllenberg, D., Langridge, A., Sandin, S., Hansen, S. N., Leonard, H., & Hultman, C. M. (2015). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *European child & adolescent psychiatry*, 24(2), 173-183.
- Barbosa, G. A., Gaião, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47.
- Barrett, P. M., Webster, H., et al. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*, Bowen Hills, Austrália: Australian Academy Press
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(3), 403-411.
- Barrett, P. M., Cooper, M., & Teoh, A. B. H. (2014). When time is of the essence: A rationale for 'earlier' early intervention. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3(133), 10-4172
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The Treatment of Anxiety in Young Children: Results of an Open Trial of the Fun FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(04), 231-242.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL). Inventário de Comportamentos da Infância e de Adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP-APAL / Associação Brasileira de Psiquiatria and Asociación Psiquiátrica de América Latina*, 17(2), p.55-66.

- Brasil, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico*. 4 ed. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos Pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos Comportamentos: efeito bumerangue*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Finger, I.R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In: Caminha, R.M., Caminha, M.G. & Dutra, C.A. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, et al. (2013) Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 54: 791-799.)
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Corporation, P. (1999). Wechsler abbreviated scale of intelligence. San Antonio, TX: *The Psychological Corporation*.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Editora Vozes Limitada.
- De Souza, M. A. M., Salum, G. A., Jarros, R. B., Isolan, L., Davis, R., Knijnik, D., ... & Heldt, E. (2013). Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders

in the community: effectiveness in low and middle income countries. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 255-264.

Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubley, S. (2016). *Ativação comportamental para depressão*. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo, p.352, 2016.

Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical child and family psychology review*, 14(4), 329-376.

Freire, T., Tavares, D. (2011). A influência da auto estima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.

Gauy, F. V. (2011). *Treino de terapeutas-estagiários no atendimento de crianças ansiosas*. Tese de doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: São Paulo.

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.

Insel, T. R. (2014). Mental disorders in childhood: shifting the focus from behavioral symptoms to neurodevelopmental trajectories. *Jama*, 311(17), 1727-1728.

James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366.

- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 282
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, P A: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Lins, T., & Alvarenga, P. (2015). Maternal Psychological Control and Internalizing Problems of Preschool Children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 311-319.
- Lucena-Santos, P., Moraes, J. F. D., & Oliveira, M. S. (2014). Analysis of the factor structure of syndromes scales of ASR (Adult Self-Report). *Interamerican Journal of Psychology*, 48(3):252-264.
- Martins, A. C., Almeida, J. P., & Viana, V. (2014). Social Anxiety Disorder in Childhood and Pre-Adolescence: Adaptation of the SASC-R for European Portuguese. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 300-307
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13.
- Medeiros, R. B. V. Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescents portadores de transtornos de ansiedade. 2015. 124 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G, Turk, C. L, Fresco, D. M. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2002;9:85-90.
- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., ... & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*.
- Mocaiber, I., de Oliveira, L., Garcia Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Rui Ventura, P., Vasconcellos Figueira, I., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação

emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em estudo*, 13(3).

Olfson, M., Blanco, C., Wang, S., Laje, G., & Correll, C. U. (2014). National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA psychiatry*, 71(1), 81-90.

O'Neil, K. A., Podell, J. L., Benjamin, C. L., & Kendall, P. C. (2010). Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered youth: Demographic, clinical, and family characteristics. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(3), 330-341.

Orti, N. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2017). Problemas internalizantes: revisão de intervenções sobre as práticas parentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(2).

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., Hudson, J. L. (2009) Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 5:311-341.

Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 32(4):251-262.

Rocha, M. M, Rescorla, L. A, Emerich, D. R, Silvaes, E. F. M, Borsa, J. C, Araújo, L. G. S, ... & Assis, S. G (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 22(4), 329-338.

Sawyer, M. G, Miller-Lewose, L. R, Clark, J. J (2007) The mental health of 13-17 year olds in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *J Youth Adolesc* 36: 185-194

Silk, J. S, Steinberg, L, Morris, A. (2003) Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003;74:1869-80.

- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. Psiquiatr*, 63(4), 360-372.
- Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual profissional*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Vasco, A.B. (2013). Sinto e Penso, logo Existo!: Uma Abordagem Integrativa das Emoções. *PsiLogos 11(1)*, 37-44.
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J. bras. psiquiatr*, 49(10/12), 367-82.
- Wagner, F., Camey, S. A., & Trentini, C. M. (2014). Análise fatorial confirmatória da escala de inteligência Wechsler abreviada: versão português brasileiro. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 383-389.
- Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J.M., Waslick, B., Iyengar, S. March, J.S., Kendall, P.C. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *The New England Journal Of Medicine* 359 (26), p.2753-66.
- Wathier, J. L., Dell`Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), pp. 75-84.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de instrumentos psicoterapêuticos infantis apresenta importante função, haja vista a alta prevalência de transtornos mentais na infância e as consequências destas quando não tratadas. Protocolos de tratamento possuem potencial para funcionar como diretrizes profissionais, visto que possuem embasamento teórico e metodológico sobre a prática com o público infanto-juvenil.

Compreende-se que pesquisas que avaliam protocolos de psicoterapia são necessárias, pois obter resultados empíricos pode contribuir para um fazer terapêutico baseado em evidências. Isso propicia uma prática clínica alicerçada teoricamente e clinicamente, mais assertiva, e conseqüentemente, com maior benefício para o público em atendimento.

Este estudo se propôs a avaliar a TRI, protocolo terapêutico brasileiro, quando aplicado à crianças com sintomas depressivos e ansiosos. Análises estatística se mostraram significativas para a melhora sintomatológica da amostra e observou-se que os participantes e seus responsáveis apresentavam problemas clínicos internalizantes. Percebeu-se um padrão em redução sintomatológica do grupo de participantes, obtendo remissão estatisticamente significativa na grande maioria deles.

Observou-se importante impacto da intervenção após o trabalho com as emoções e regulação emocional, quer seja nos sintomas de ansiedade e depressão ou na redução das distorções cognitivas iniciais. Tal flexibilização auxiliou na capacidade comportamental de enfrentamento frente a situações temidas.

A intervenção se mostrou válida para a amostra estudada. Importantes resultados se deram após o trabalho com regulação emocional, assim sugere-se que este pode ser o foco central desta abordagem terapêutico, o que o diferencia de demais protocolos. Sugere-se que

para intervenções de maior brevidade ou únicas, o trabalho com a regulação emocional seja a opção, visto o impacto que podem ter nas psicopatologias estudadas.

De um modo geral, compreende-se que o uso de protocolos com base em uma psicologia baseada em evidências pode contribuir para melhor administração da demanda em serviços públicos de saúde, devido a sua extensão, haja vista o atendimento a partir de programas de comprovada qualidade e resolutividade. A TRI demonstra ser capaz de fazer parte destas estratégias com resultados favoráveis empiricamente.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (1991). *Childhood behavior checklist*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Allgaier, A. K., Krick, K., Opitz, A., Saravo, B., Romanos, M., & Schulte-Körne, G. (2014). Improving early detection of childhood depression in mental health care: The Children's Depression Screener (ChID-S). *Psychiatry research*, 217(3), 248-252.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, IV*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), 135-142.
- Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*. 80 (2), 28-34.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). *Critério de Classificação econômica Brasil (CCEB)*.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 14 (2), 67-78.
- Bagnell, A. L. (2011). Anxiety and separation disorders. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, 32(10), 440-5.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4(3), 36-40.
- Barbosa, G. A., Gaião, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 333.

- Barrett, P. M., Webster, H., et al. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*, Bowen Hills, Aurtália: Australian Academy Press.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260.
- Barrett, P. M., & Pahl, K. M. (2006). School-Based Intervention: Examining a Universal Approach to Anxiety Management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(01), 55-75.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(3), 403-411.
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The Treatment of Anxiety in Young Children: Results of an Open Trial of the Fun FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(04), 231-242.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. 2ed. Artmed. São Paulo.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(1), 46-53
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Blöte, A. W., Kint, M. J., & Westenberg, P. M. (2007). Peer behavior toward socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2773-2779.

Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL). Inventário de Comportamentos da Infância e de Adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP-APAL / Associação Brasileira de Psiquiatria and Asociación Psiquiátrica de América Latina*, 17(2), p.55-66.

Brasil (2012). Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde.

Breton, J. J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., & Guilé, J. M. (2012). Clinical characteristics of depressed youths in child psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 23.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.

Calderaro, R. S. S. & Carvalho, C. V. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), p. 181-189.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2008). *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico*. 4ª ed. Porto Alegre: Sinopsys.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos Pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência*. Porto Alegre: Sinopsys.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos Comportamentos: efeito bumerangue*. Porto Alegre: Sinopsys.

Coutinho, M. D. P. D. L., Carolino, Z. C. G., & Medeiros, E. D. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.

Chiu, A., Langer, D. A., McLeod, B. D., Har, K., Drahota, a., Galla, B. M., ... Wood, J. J. (2013). Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *School Psychology Quarterly*, 28(3), 141-153.

Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066-1075.

Connolly, S. D., & Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.

- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., ... & Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(7), 791-799.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Corporation, P. (1999). Wechsler abbreviated scale of intelligence. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20-23.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keller, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 14(4), 631-648.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Autoconceito e crenças de autoeficácia de crianças com e sem sintomatologia depressiva. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(3), 586-593.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2014). *Compreendendo a depressão infantil*. Editora Vozes Limitada.
- Damasio, A. R. (2004). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. Editora Companhia das Letras.
- Eckshtain, D., & Gaynor, S. T. (2013). Combined Individual Cognitive Behavior Therapy and Parent Training for Childhood Depression: 2-3-Year Follow-Up. *Child and Family Behavior Therapy*., 35(2).
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124.
- Elkins, R. M., McHugh, R. K., Santucci, L. C., & Barlow, D. H. (2011). Improving the transportability of CBT for internalizing disorders in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 161-173.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S., & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464.

- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. [Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry](#), 43 (6), 727-34.
- Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A. & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, 27(4), 223-32.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
- French, L. R., Thomas, L., Campbell, J., Kuyken, W., Lewis, G., Williams, C., ... & Turner, K. M. (2016). Individuals' Long Term Use of Cognitive Behavioural Skills to Manage their Depression: A Qualitative Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.
- Gauy, F. V., & Rocha, M. M. D. (2014). Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas em Psicologia*, 22(4), 783-793.
- Gil, A. C. (2010). Métodos e técnicas de pesquisa social. In *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., ... & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 498.
- 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.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 741-748.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*.
- Jansen, M., Doorn, M., Lichtwark-Aschoff, A., Kujipers, R., Theunissen, H., Korte, M., ... Granic, I. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (16).

- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366.
- Kendall, P. C. (2000). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In: Kendall, P.C. *Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral Procedures*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Pub..
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 282.
- Klein, R. G. (2009). Anxiety Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(1-2), 153–162.
- Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C., & Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 768-781.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. Pittsburg, P A: University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Lader, M. (2015). Generalized anxiety disorder. In *Encyclopedia of Psychopharmacology* (pp. 699-702). Springer Berlin Heidelberg.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of general psychiatry*, 48(10), 928-934.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 283-289.
- Liberman, L. C., & Öst, L. G. (2016). The Relation Between Fears and Anxiety in Children with Specific Phobia and Parental Fears and Anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 598-606.

- Lima, N. N., do Nascimento, V. B., de Carvalho, S. M., de Abreu, L. C., Neto, M. L., Brasil, A. Q., ... & Reis, A. O. (2013). Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9, 1317-1425.
- Lucena-Santos, P., Moraes, J. F. D., & Oliveira, M. S. (2014). Analysis of the factor structure of syndromes scales of ASR (Adult Self-Report). *Interamerican Journal of Psychology*, 48(3):252-264.
- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L., & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 26-29.
- Martins, A. C., Almeida, J. P., & Viana, V. (2014). Social Anxiety Disorder in Childhood and Pre-Adolescence: Adaptation of the SASC-R for European Portuguese. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(2), 300-307
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1).
- Medeiros, R. B. V. Avaliação de um protocolo cognitivo-comportamental para o tratamento de crianças e adolescents portadores de transtornos de ansiedade. 2015. 124 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.
- Milrod, B., Markowitz, J. C., Gerber, A. J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T., ... & Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2005). *Depression in Children and Young People*. London: NICE.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review*, 29(3), 208-215.
- Neufeld, C. B. (2015). *Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo para Crianças e Adolescentes*. Artmed Editora. São Paulo.
- Paula, C. S., Duarte, C. S., Bordin, I. A. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria*. 29(1):11-7.
- Pereira, A. I. F., Barros, L. & Mendonça, D. (2012). Cognitive errors and anxiety in school aged children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 817-823.

- Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Artmed Editora.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5, 311-341.
- Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 32(4):251-262.
- Ribeiro, M. V., Macuglia, G. C. R., & Dutra, M. M. (2013). Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 81-92.
- Rocha, M. M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silveiras, E. F. M., Borsa, J. C., Araújo, L. G. S., ... & Assis, S. G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 22(4), 329-338.
- Scivoletto, S., & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(8), 555-557.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 1091-1109.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 525-535.
- Stark, K. D., & Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children: Therapist manual for Taking Action*. Workbook.
- Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 61-67.
- Teodoro, M., Andrade, A. A., & Castro, H. A. D. M. (2013). Children's Automatic Thoughts Scale (Cats): adaptation and psychometric properties. *Psico-USF*, 18(1), 89-98.
- Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual profissional*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.

Wagner, F., Camey, S. A., & Trentini, C. M. (2014). Análise fatorial confirmatória da escala de inteligência Wechsler abreviada: versão português brasileiro. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 383-389.

Wathier, J. L., Dell`Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), pp. 75-84.

Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... & Kuyken, W. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9864), 375-384.

Wolk, C. B., Carper, M. M., Kendall, P. C., Olino, T. M., Marcus, S. C., & Beidas, R. S. (2016). Pathways to anxiety–depression comorbidity: A longitudinal examination of childhood anxiety disorders. *Depression and anxiety*.

World health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVIDADE DA TERAPIA DE RECICLAGEM INFANTIL NO TRATAMENTO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E/OU ANSIOSA

Pesquisador: MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40658214.6.0000.5338

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.000.591

Data da Relatoria: 10/04/2015

Apresentação do Projeto:

Sabe-se que sintomas de ansiedade e depressão não são encontrados apenas em adultos. Percebe-se, com o passar das pesquisas, uma prevalência considerável de tais sintomas em crianças e adolescentes (Stegmann, Wenzel-Seifert & Haen, 2013). Transtornos de ansiedade na infância relacionam-se com maiores taxas de psicopatologia na adolescência e vida adulta, especialmente ansiedade e depressão. Em termos mundiais, cerca de 75% dos casos de transtornos mentais de crianças e adolescentes não recebem tratamento - estes números tendem a ser ainda maiores em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2003). Os transtornos de ansiedade, como um grupo (ansiedade de separação; transtorno do pânico; fobia social; fobia simples; ansiedade generalizada; transtorno de estresse pós-traumático; transtorno obsessivo-compulsivo), representam a forma mais prevalente de psicopatologia em crianças e adolescentes. Dados epidemiológicos estimam uma prevalência de 6 a 10% destes transtornos na população infantil (World Health Organization, 2003; Sylvester, 2000). Costello, Mustillo, Erkanli, Keller e Angold (2003) identificaram, em um estudo longitudinal, que 38,7% de uma amostra de 1420 crianças desenvolvem, até seus 16 anos, ao menos um transtorno mental. Destes, 9,9% desenvolverão algum transtorno de ansiedade e 9,5% algum transtorno depressivo. Ford, Goodman e Meltzer (2003) encontraram que cerca de 01 em cada 10 crianças desenvolvem algum transtorno

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

mental, sendo 3,8% com transtorno de ansiedade e 0,9% com transtorno depressivo. Cerca de metade das crianças e adolescentes que apresentam ansiedade de separação ou ansiedade generalizada têm pelo menos um outro transtorno de ansiedade associado. Há comorbidade frequente entre transtornos de ansiedade e depressão na infância e adolescência; cerca de 25 -50% dos jovens deprimidos têm comorbidade com transtornos de ansiedade, e cerca de 10 a 15% dos jovens ansiosos têm depressão (Axelson & Birmaher, 2001). Em estudo brasileiro semelhante, 01 em cada 08 crianças desenvolveram algum transtorno mental (Fleitch-Bilyk & Goodman, 2004). Foram encontrados, também, taxas que variam de 2,6% a 41,2% de qualquer transtorno de ansiedade em crianças menores de 12 anos (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006). No Brasil, os números de casos depressivos variam de 13,9% (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005) a 22% (Barbosa, Dias, Gaião & Lorenzo, 1996), ainda que haja estudos regionais com índices bem menores: 1,48% (Baptista & Golfeto, 2000) e 6,4% (Golfeto, D'Oliveira, Baptista & Bisson, 2011). Não foram encontrados dados de transtornos ansiosos na população brasileira. A variação dos dados encontrados se deve ao método diferente utilizado nos estudos, mas na maioria pode-se constatar o elevado índice de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Referente à sintomatologia depressiva, Allgaier, Krick, Opatiz, Saravo, Romano e Shulte-Körme (2014) encontraram, em estudo de validação de instrumento diagnóstico de depressão, a prevalência de 27,8% das crianças em atendimento de saúde mental com critérios de depressão infantil – o número cai para 4,5% em crianças que procuram atendimento pediátrico. Estima-se que mais de 90% de indivíduos que experimentam depressão também vivenciam sintomas ansiosos (Albano, Chorpita & Barlow, 2003). Os manuais diagnósticos, tais como o DSM 5 (APA, 2014), não apresentam critérios sintomatológicos específicos diferentes entre adultos e crianças para transtorno depressivo e transtornos ansiosos. Sendo assim, transtorno depressivo é caracterizado por humor triste, falta interesse ou prazer, alterações (para mais ou menos) no peso, sono, nos movimentos psicomotores, bem como fadiga, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos de morte ou tentativa de suicídio. O DSM 5 apresenta que crianças podem apresentar mais comumente irritação, ao invés de tristeza, perda de peso e prejuízo no rendimento escolar. Calderaro e Carvalho (2005) afirmam que os sintomas se manifestam, muitas vezes, de forma mascarada, sendo mais frequentes transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Já os sintomas ansiosos estão associados a dificuldades sociais, escolares e de ajustamento pessoal significativas (Copeland, Angold, Shanahan & Costello, 2014). Dentre as opções de tratamento, indica-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), terapia familiar e, também, o tratamento

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

medicamentoso (Asbahr, 2004). A TCC é indicada pela UK National Institute of Clinical Excellence (NICE) para o tratamento de depressão infantil e adolescente moderada e grave. A mesma NICE recomenda que o tratamentopsicoterápico venha antes da utilização de medicação e que esse tratamento seja com tempo limitado, estruturado e que seja a Terapia CognitivoComportamental, Terapia Familiar ou Terapia Interpessoal (NICE, 2005).Referente à ansiedade, as terapias cognitivas-comportamentais para esse transtorno na infância apresentam características tais como exposição a situações de ansiedade, reestruturação cognitiva, relaxamento antes e durante a exposição e autoinstrução positiva (Jansen et al., 2012). Kendall foi um dos primeiros a se preocupar em montar uma estrutura protocolar para a abordagem dos transtornos de ansiedade na infância um protocolo chamado de Coping Cat (Kendall, 2000) e que apresenta bons resultados de efetividade (Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder e Suveg, 2008).O programa Coping Cat inicialmente foi formatado com 14 sessões. Atualmente, uma versão reduzida para 8 sessões está sendo estudada (Beidas, Mychailyszyn, Podell & Kendall, 2013; Crawley et al., 2013). Nela, as sessões têm os seguintes objetivos: Sessão 1) Orientar sobre a terapia cognitivo-comportamental breve, normalizar a ansiedade, incentivar a participação da criança, diferenciar sentimentos e expressões físicas deles, introduzir o termômetro dos sentimentos, introduzir sobre os passos FEAR; Sessão 2) Discutir e identificar reações somáticas específicas da ansiedade na criança, introduzir o passo "F" (como estão se sentindo), ajudar a criança a identificar o conteúdo do pensamento, discutir "auto-instrução" em situações que provoquem ansiedade (passo E), hierarquia de situações de ansiedade; Sessão 3) Atitudes e ações que podem mudar, introduzir o passo "A" (estratégias de enfrentamento) e "R" (considerar resultados e recompensas), habilidades de resolução de problemas; Sessão 4) Foco na prática de situações de ansiedade. É uma sessão de 90min, sendo 60min com a criança e 30min com os pais; Sessões 5 a 7) implementação das estratégias FEAR de acordo com a hierarquia do medo apresentada pela criança; Sessão 8) Prática com uma situação mais difícil (não a mais difícil, mas uma que o terapeuta avalia que a criança pode ser bem sucedida), finalização da terapia. Estilos Parentais no Tratamento Infantil: Sabe-se, pela literatura como um todo, que o sistema familiar ou contexto em que a criança está inserida, tem uma influência sobre o desenvolvimento desta, seja no âmbito emocional, cognitivo ou comportamental. Portanto toda ou qualquer ação dos pais comrelação à criança, ou seja, o estilo parental, terá repercussão no desenvolvimento dessa criança. A prática educacional caracterizada pelo não cumprimento das regras estabelecidas, contribui para o aumento de comportamentos disfuncionais opostos da criança. (Gomide, 2011).O Inventário de Estilos Parentais (IEP) é um instrumento que avalia a postura e atitude dos pais/cuidadores com a criança. O IEP tem sido

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

amplamente utilizado em artigos, como por exemplo "Estilos parentais e praticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto" (Frassetto & Bakos, 2010), onde evidencia-se a influência dos estilos parentais como fator de risco para o desenvolvimento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do tipo combinado e desatento. No artigo "Estilo parental de origem e ansiedade em homens com historico de agressao a parceira" (Padovani & Williams, 2011), o IEP Foi utilizado para investigar os estilos parentais da familia de origem de homens agressores conjugais, comparando-os com dados de homens nao agressores, de idade, nivel socio-econômico, escolaridade e estado civil semelhantes. Esta pesquisa mostra a forte correlação existente entre os estilos parentais e a predisposição da criança, que se desenvolve a partir de determinados estilos parentais disfuncionais, para tornar-se um adulto agressor. Exemplificando, o estilo caracterizado por monitoria negativa, ou seja, uma fiscalização e ordens excessivas, acaba contribuindo para uma relação entre pais e filhos baseada em hostilidade e insegurança, criando a sensação de ameaça iminente, gerador de crenças ligadas a superestimação do perigo do ambiente (Gomide, 2011). Essas características de superproteção, por exemplo, nos estilos parentais, foram correlacionados com sintomatologia ansiosa em diversos estudos, como por exemplo o de Afruntti e Ginsburg (2012). Entende-se que uma análise dos estilos parentais, visando práticas parentais mais funcionais e que permitam o desenvolvimento de uma saúde emocional de todo o sistema familiar, seja importante nos estudos que envolvem tratamento destinado ao público infantil. Se os estilos parentais não forem considerados no processo de tratamento infantil, levanta-se a hipótese de redução na efetividade do tratamento, pois os pais ou cuidadores têm uma influencia/valência sobre a criança muito maior em comparação ao terapeuta. A Terapia de Reciclagem Infantil (T.R.I.): É de conhecimento científico que as Terapias Cognitivo-Comportamentais se desenvolveram a partir de intervenções em adultos. Suas principais técnicas, como Registro de Pensamento Disfuncional, Exame de Evidências, Seta Descendente, bem como seu padrão de questionamento socrático, são adequados quando aplicados em adultos, devido, principalmente, ao nível de desenvolvimento cognitivo destes, do ponto de vista neuropsicológico (Caminha & Caminha, 2008). Sugere-se que as dificuldades da aplicação da teoria cognitiva na infância se deve, em grande parte, à ineficácia das técnicas aplicadas em adultos com a realidade do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. A Terapia de Reciclagem Infantil (T.R.I.) é um novo protocolo desenvolvido com o objetivo de adaptar e inovar no modelo cognitivo de ansiedade e depressão das Terapias Cognitivo-Comportamentais à infância e pré-adolescência, tanto em linguagem (utilizando muitas metáforas) quanto em técnicas. Além de representar o título, T.R.I. forma um acrônimo que integra os componentes básicos das TCCs

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

(EmoçãoPensamento-Comportamento): "T"- Trabalhe suas emoções, "R"- Recicle seus pensamentos e "I"- Inove seus comportamentos.O protocolo se baseia na utilização de três instrumentos tecnológicos de acesso adaptado à linguagem infantil: o "Baralho das Emoções" (Caminha & Caminha,2007), o "Baralho dos Pensamentos" (Caminha & Caminha, 2012) e por fim, o "Baralhos dos Comportamentos" (Caminha & Caminha, 2013). Afim de facilitar a criação de representações mentais específicas sobre como será o trabalho da terapia, utilizam-se metáforas para explicar à criança o processo terapêutico. A metáfora central da etapa "T" é que emoções são como ondas – sacodem ao passar, mas quando passam o mar volta ao normal (Bem-Estar); da etapa "R" é que pensamentos que não ajudam podem ser reciclados – assim como o lixo da casa também o é para ser utilizado de uma forma melhor; e da etapa "I" é que os nossos comportamentos são como bumerangue – se fizer comportamentos que ajudam, esses comportamentos voltam para a criança, assim como se fizer comportamentos que não ajudam. A T.R.I. busca desenvolver habilidades na infância que incluem a educação emocional, o desenvolvimento de empatia, a expressão assertiva das emoções, o entendimento sobre fatores cognitivos e nossa capacidade de alterar pensamentos, a resolução de problemas, as habilidades sociais necessárias no convívio com o grupo e familiares, a compreensão sobre fatores que influenciam o bem estar e os exercícios que visam o relaxamento do corpo e da mente. Inicialmente desenvolvido com 20 sessões, o protocolo ainda não foi testado em pesquisas científicas. Seguindo a tendência de intervenções com números menores de encontro, para facilitar a aplicabilidade em serviços de saúde, o presente projeto visa avaliar a efetividade de um protocolo reduzido de 12 sessões da T.R.I.O trabalho infantil a partir das emoções. É sabido que, em adultos, o acesso ao conteúdo cognitivo é facilitado através do reconhecimento da emoção sentida na situação específica de trabalho (Beck, 2013). O mesmo preceito vale para crianças, ainda mais que sua estrutura cognitiva ainda está em desenvolvimento (Friedberg & McClure, 2004).O desenvolvimento do Baralho das Emoções, e posterior uso no protocolo a ser apresentado nesse projeto, baseou-se nos estudos sobre emoções e sentimentos de Antônio Damásio (2004) e nas emoções universais definidas nos estudos de Paul Ekman (Ekman, 2000). Por sua vez, Ekman se baseou nos estudos de Darwin para fundamentar sua teoria sobre emoções universais. A partir de Ekman, entende-se por emoções universais aquelas que seriam transmitidas filogeneticamente e podem ser percebidas independente da cultura: medo, raiva, nojo, tristeza, surpresa, alegria e interesse (Ekman & Friesen, 1971).Dessas emoções universais, surpresa não foi incluída no Baralho das Emoções, pois, como ela tem a função de filtro decodificador entre as demais emoções, torna-se mais acessível identificar na criança a emoção gerada a partir da surpresa (seja ela qualquer das

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

demais emoções universais). Ainda referente às emoções universais, considera-se, no processo da Terapia de Reciclagem Infantil, a emoção Amor -também chamado de Apego (Damásio, 2004) -como uma emoção universal. É sabido que Ekman não apresenta essa emoção como universal (embora apresente, sem fundamentar, a emoção interesse em artigo de 1971), porém isso não quer dizer que ela não a seja. Damásio (2004) divide as emoções propriamente ditas em três categorias: emoções de fundo, emoções primárias e emoções sociais. As emoções de fundo seriam aquelas percebidas pelo outro através de manifestações sutis, não declarativas; as primárias são as apresentadas por Ekman; já as sociais são aquelas que favorecem ou afastam as relações sociais. Damásio indica que essas emoções sociais não são exclusivamente humanas e que são biologicamente definidas, ainda que precisem de uma exposição ambiental para ser ativada. A emoção Amor está ligada ao apego (attachment). Bowlby, em sua teoria do apego, fundamenta o vínculo afetivo entre criança e cuidador como desenvolvedor do auto-conceito infantil e da visão de mundo da criança (Bowlby, 1977). A consideração do Apego (Amor) como emoção básica no modelo de tratamento proposto nesse projeto se baseia, também, nos estudos de Konrad Lorenz sobre o Imprinting. O amor (apego) serve para reprodução e cuidado adequado de filhos frágeis e dependentes (imprinting) bem como para manutenção de vínculos afetivos, laços de amizade e relacionamento social (attachment e, posteriormente, vínculo) (Caminha & Caminha, 2011). De toda forma, independente de ser, de fato, uma emoção universal (nos conceitos de Ekman), propõe-se a inclusão do Amor no programa de tratamento da T.R.I. por considerá-lo uma função clinicamente relevante a ser trabalhada e, baseada nos estudos de Damásio, ser uma emoção social que exige a exposição ambiental para ser ativada. Compreende-se que o adequado vínculo social e apego afetivo (amor) favorece a saúde mental, baseando-se nas diversas psicopatologias existentes, principalmente da Personalidade, que provêm de falhas no apego inicial (Levy, 2005; Steele & Siever, 2010). Sessões "T" – trabalhe suas emoções: A primeira etapa do tratamento aqui proposto para sintomas de ansiedade e depressão envolve introduzir o conceito de emoções, explicando-as através da psicoeducação com o uso do Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2011). Ainda nessa fase "T", destaca-se a importância de validar emoções, independente de serem agradáveis ou desagradáveis de se sentir. Evita-se utilizar os termos "emoções negativas" e "emoções positivas", pois entende-se que todas as emoções propriamente ditas têm funções de proteção e vínculo, mesmo aquelas que são ruins (ou são ditas ruins) de se sentir. Inicia-se com as seis cartas das emoções consideradas básicas para o modelo (de acordo com referências apresentadas anteriormente): alegria, amor, medo, tristeza, raiva e nojo. Essas emoções são organizadas como emoções agradáveis e desagradáveis de se sentir. Mesmo a raiva, comentado

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

vista pela própria criança, pais ou educadores como uma emoção que é "feia" ou "ruim" e que deveria ser diminuída e evitada ao máximo, deve ser validada como uma emoção que é comum e normal em seres humanos, apesar de ser desagradável de se sentir. Dessa forma, a criança observa que não é ruim ou mal o fato de sentir a emoção (embora o comportamento associado a emoção possa ser disfuncional – esse é o foco do tratamento: o comportamento, não a emoção, disfuncional). Logo após serem educadas sobre as emoções básicas para o modelo T.R.I., psicoeduca-se sobre outras 14 emoções denominadas secundárias e relacionam-se as principais situações desencadeadoras dessas emoções, os comportamentos que se seguem e os pensamentos que as acompanham. A empatia também é um dos focos nessa fase do tratamento. O seu desenvolvimento é estimulado ao ser realizado exercícios que ajudam a criança a se colocar no lugar do outro e a imaginar como o outro se sente em determinadas situações. Dessa forma, entende-se que se estimula não só a empatia – e a melhor nas relações interpessoais da criança – como a regulação emocional. Bosquet e Egeland (2006), assim como Izuka e Barrett (2011), já apresentavam a regulação emocional como um fator preditivo de transtornos ou sintomas de ansiedade. Sendo assim, tais exercícios dessa etapa da terapia visam o desenvolvimento da criança em habilidades de regulação emocional. Levanta-se a hipótese de que tais exercícios corroboram para a diminuição dos fatores de risco do desenvolvimento sintomatológico em crianças. Sessões "R" – recicle seus pensamentos: O objetivo dessas sessões é trabalhar com a reestruturação cognitiva. Entende-se que a estrutura cognitiva da criança está em pleno desenvolvimento, porém (e justamente por isso) erros cognitivos podem já ser percebidos e trabalhados nessa fase. Estudos revelam a correlação entre erros cognitivos e sintomas na infância, sugerindo a importância da modificação dos pensamentos (Pereira, Barros & Mendonça, 2012). Porém, diferente da terapia de um adulto, em que a explicação da estrutura cognitiva e do modelo cognitivo é comum nos tratamentos, com as crianças o foco não é na psicoeducação da estrutura em si, mas na forma de modificar pensamentos distorcidos. Nessas sessões explica-se, é claro, sobre o papel dos pensamentos, diferenciando dos pensamentos que ajudam dos pensamentos que não ajudam (terminologia utilizada para se referir aos pensamentos automáticos distorcidos). A utilização desse termo foi baseada na proposta de Cohen e Mannarino, (1996). Além desses termos, utiliza-se as cores verde (pensamentos que ajudam) e vermelho (pensamentos que não ajudam), também baseados nas propostas de Kendall (2000) e Barret (1998). O objetivo é mostrar que pensamentos que não ajudam podem ser reciclados. A reciclagem de pensamentos ocorre a partir da utilização da ferramenta Baralho dos Pensamentos (Caminha & Caminha, 2012). Neste baralho, utiliza-se elementos da linguística e da gramática, trabalhando com conectores linguísticos

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

ou conjunções adversativas, para ensinar à criança a capacidade modificar pensamentos que não ajudam (dissfuncionais), assim como se recicla o lixo. A ideia de utilizar o termo "Reciclagem" se fundamenta, também, na impossibilidade de, simplesmente, eliminar-se um pensamento, querendo que ele não apareça mais na nossa mente. Ao invés de eliminá-lo, modifica-o. Não só os pensamentos gerados e sustentados pelas emoções desagradáveis são trabalhados. Na segunda etapa dessa fase, trabalha-se com pensamentos providos ou sustentados pelas emoções desagradáveis de se sentir. Porém, ao invés de reciclá-los, introduz-se o conceito de difusão/propagação, estimulando comportamentos que sejam derivados de tais emoções e pensamentos. Entende-se que, dessa forma, e não ignorando ou excluindo emoções desagradáveis, desenvolve-se a resiliência na criança. Sessões "I" – inove seus comportamentos: Essa última fase concentra em técnicas comportamentais e de resolução de problemas para fomentar na criança o conceito de "Efeito Bumerangue" e de "Bem-Estar". Ela é organizada em 5 etapas: Etapa 1: Educação quanto ao "efeito bumerangue" e ao conceito de bem-estar. Foco na percepção da criança do bem-estar como um equilíbrio das emoções. Quando se está com bem-estar, não se sente uma onda de emoção desagradável e nem agradável. Etapa 2: O objetivo é desenvolver habilidades sociais e de empatia. Introduce-se o conceito de comportamentos verdes e vermelhos através de cartões com cenas comportamentais, com ilustrações e histórias (Caminha & Caminha, 2013). Por isso, de um lado apresentam-se os cartões verdes com comportamentos que ajudam e, de outro lado, os cartões vermelhos com os comportamentos que não ajudam a desenvolver essas habilidades sociais. Além de ensinar as crianças, a proposta é que elas também reflitam sobre seus próprios comportamentos e a frequência com que os quais aparecem em suas vidas. Com a utilização do termômetro duplo, a criança aponta a intensidade e frequência de suas atitudes. Depois é convidada a avaliar dentro de etapas de um bumerangue quais as vantagens ou desvantagens de tais comportamentos. Etapa 3: Ensinar, de forma lúdica, o algoritmo de resolução de problemas (etapa final dos protocolos de TCC em adultos) (D'Zurilla & Goldfried, 1971). Etapa 4: Baseados em conceitos de Mindfulness, ensina-se a criança a relaxar e observar a mente e o corpo. Etapa 5: Esta fase é a da prevenção de recaída e manutenção dos resultados alcançados. Apresenta-se a estratégia "ABCDE", que ensina comportamentos necessários para a saúde da criança (Amar-Brincar-Comer-Dormir-Estudar) Tendo em vista a existência de poucos protocolos de tratamento infantil para sintomas de depressão e ansiedade, a necessidade de atenção em tratamentos precoces já na infância e a necessidade de adequação de teoria e técnica das Terapias Cognitivo-Comportamentais, o presente estudo visa investigar a efetividade da utilização da T.R.I. no tratamento infantil nas sintomatologias depressiva e ansiosa.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.591

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a efetividade da intervenção utilizando a Terapia da Reciclagem Infantil (T.R.I.) em crianças com sintomas de ansiedade e depressão em uma amostra brasileira.

Objetivo Secundário:

Avaliar a efetividade do protocolo de 12 sessões da T.R.I. para o tratamento de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa em crianças de 7 a 12 anos; Verificar se a T.R.I. influencia no desenvolvimento de Habilidades Sociais em crianças de 7 a 12 anos com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa; Verificar a influência das consultas da T.R.I. com pais/cuidadores na modificação dos estilos parentais dos mesmos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos de participação na pesquisa são mínimos, visto que não haverá nenhuma utilização de instrumentos invasivos e procedimentos lesivos à vida. Quanto ao aspecto cognitivo/emocional, os riscos também são mínimos, pois o experimento se baseia em teoria e técnica (Terapia CognitivoComportamental) com resultados efetivos em diversos estudos

Benefícios:

Os benefícios da participação do estudo envolvem acompanhamento psicológico e avaliação cognitiva/emocional/comportamental durante a realização do estudo. Outro benefício esperado é a diminuição significativa nos sintomas de ansiedade e/ou depressão infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.000.501

Recomendações:

Por favor, ao colocar documentos anexos, coloque o nome do documento corretamente. Por exemplo: Foi anexada a Carta de Resposta ao Comitê de Ética em Pesquisa do RS, porém no nome do documento está "digitalizar0003". Ajuda a relatoria a encontrar adequadamente os documentos elencados pelo pesquisador. Obrigada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 26 de Março de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Piranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A presente pesquisa intitulada “Efetividade da Terapia de Reciclagem Infantil no tratamento de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa”, coordenada pela pesquisadora Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, visa investigar a efetividade em reduzir sintomas de ansiedade e/ou depressão, bem como desenvolver habilidades sociais, de um modelo de tratamento psicológico com crianças entre 8 e 12 anos. Além disso, visa investigar o quanto as intervenções que ocorrerem junto com os cuidadores influenciam na mudança comportamental deles em relação à criança.

Vimos, por meio deste, convidar seu filho(a) para participar desta pesquisa, respondendo a alguns questionários enquanto aguarda o início do tratamento ou participando do tratamento em si. Se consentir a participação do(a) mesmo(a), este(a) irá responder a questionários que avaliarão sintomas de ansiedade, depressão, comportamentos gerais e habilidades sociais, no mesmo local em que ocorrerá a intervenção psicológica, em quatro momentos no decorrer do tratamento ou do período de espera do tratamento. Depois de responder às perguntas, se seu(sua) filho(a) quiser falar alguma coisa, poderá fazê-lo, em qualquer desses quatro momentos. Após o primeiro momento da avaliação, seu(sua) filho(a) será encaminhado ou para permanecer em espera de atendimento ou para a modalidade de tratamento psicológico em estudo e será convidado(a) a participar de 09 consultas de psicoterapia, sendo 06 somente com ele(a) e as outras 03 com tua presença. Convidamos você a participar de mais 03 consultas, totalizando 12 consultas de psicoterapia. As consultas ocorrerão no InTCC – Ensino, Pesquisa e Atendimento Individual e Familiar ou no Laboratório de Intervenções Cognitivas (LABICO) da PUCRS. As avaliações e o tratamento serão gravados para posterior transcrição e serão guardados por cinco (5) anos, sendo apagados após esse período. Salientamos que estas consultas serão coordenadas pela pesquisadora-coordenadora e conduzida por pesquisadores (psicólogos ou estagiários) treinados e capacitados para as intervenções.

Se, por alguma razão, ele(a) quiser sair da pesquisa, poderá assim fazer. Esta saída não trará a ele(a) ou a sua família nenhum prejuízo. Salientamos, ainda, que o nome de seu(sua) filho(a) e o seu nome nunca serão identificados.


Sempre que quiser, você poderá pedir informações sobre a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 3320-3345, de segunda a sexta, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h. Poderá, também, entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Margareth Oliveira (51) 3320-3633, ou com a pesquisadora Camila Paiva (51) 8255-8839.

Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade da coordenadora do projeto e será armazenado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Para que não haja quebra de sigilo das informações de cada participante coletadas na pesquisa, os dados individuais não serão fornecidos aos familiares nem às escolas. Sempre que houver divulgação dos resultados (publicação, palestras, etc.), essa será realizada de maneira coletiva.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento para seu(sua) filho(a) participar desta pesquisa. Esse termo será assinado em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a coordenadora.

Tendo em vista os itens acima apresentados, autorizo meu(minha) filho(a) _____ a participar da pesquisa.

Pai/Mãe ou Responsável



Participante (criança)

Margareth Oliveira – Coordenadora do Projeto

Local e data

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Olá

Quero te convidar a participar de uma pesquisa que tem o objetivo de observar o quanto os nossos encontros te ajudam a diminuir a tristeza e/ou ansiedade que tu tens, além de observar o quanto faz tu ter comportamentos que ajudam.

Já tivemos o acordo dos teus pais para participar dessa pesquisa e agora quero te convidar também. Se aceitares o convite, teremos alguns encontros que avaliarão como tu te sente. Depois desses encontros tu serás encaminhado a um tipo de tratamento que se está estudando. Serão 09 consultas de psicoterapia, sendo 06 só contigo e 03 com a presença dos teus pais ou cuidadores. As avaliações e o tratamento serão gravados para posterior transcrição e serão guardados por cinco (5) anos, sendo apagados após esse período.

Se, por alguma razão, tu quiseres sair da pesquisa, poderá fazer, sem problemas. Esta saída não trará a ti ou a tua família nenhum prejuízo. Saliento, ainda, que o teu nome jamais será identificado.

Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade da coordenadora do projeto e será armazenado, durante cinco anos, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Para que não haja quebra de sigilo das informações de cada participante coletadas na pesquisa, os dados individuais não serão fornecidos aos familiares nem às escolas.

Sempre que quiser, você poderá pedir informações sobre a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 3320-3345, ou pelo endereço Avenida Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505, de segunda a sexta, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h. Poderá, também, entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Margareth Oliveira (51) 3320-3500, ramal 7749.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o teu consentimento para a participação desta pesquisa. Esse termo será assinado em duas vias. Uma ficará contigo e a outra com a coordenadora.

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____
_____, concordo em participar desta pesquisa e declaro ter recebido
cópia do presente termo de assentimento livre e esclarecido.

Participante



Margareth Oliveira – Coordenadora do Projeto

Local e data

ANEXO D – SCARED

SCARED

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: Anos ___ Meses ___ Dias ___ Sexo: _____
 Data: _____ Entrevistador: _____

	Nunca ou Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
<p>Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos últimos 3 meses.</p> <p><i>Circule 0 para o item que nunca é verdadeiro ou é raramente verdadeiro para você.</i> <i>Circule 1 para o item que algumas vezes é verdadeiro para você.</i> <i>Circule 2 para o item que é bastante ou frequentemente verdadeiro para você.</i></p>			
1. Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar.	0	1	2
2. Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola.	0	1	2
3. Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
4. Eu fico com medo quando eu durmo fora de casa.	0	1	2
5. Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim.	0	1	2
6. Quando eu fico com medo, eu sinto como se eu fosse desmaiar.	0	1	2
7. Eu sou nervoso (a).	0	1	2
8. Eu sigo a minha mãe ou o meu pai aonde eles vão.	0	1	2
9. As pessoas me dizem que eu pareço nervoso.	0	1	2
10. Eu fico nervoso (a) com pessoas que eu não conheço bem.	0	1	2
11. Eu tenho dor de barriga na escola.	0	1	2
12. Quando eu fico com medo, eu acho que vou enlouquecer.	0	1	2
13. Eu tenho medo de dormir sozinho.	0	1	2
14. Eu me preocupo em ser tão bom quanto as outras crianças.	0	1	2
15. Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais.	0	1	2
16. Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais.	0	1	2
17. Eu fico preocupado quando tenho que ir à escola.	0	1	2
18. Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido.	0	1	2
19. Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo.	0	1	2

<p>Lembre-se: para cada frase circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos últimos 3 meses.</p> <p><i>Circule 0 para o item que nunca é verdadeiro ou é raramente verdadeiro para você.</i></p> <p><i>Circule 1 para o item que algumas vezes é verdadeiro para você.</i></p> <p><i>Circule 2 para o item que é bastante ou frequentemente verdadeiro para você.</i></p>	Nunca ou Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
20. Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo.	0	1	2
21. Eu fico preocupado se as coisas vão dar certo para mim.	0	1	2
22. Quando eu fico com medo, sou muito.	0	1	2
23. Eu sou muito preocupado.	0	1	2
24. Eu fico com muito medo sem nenhum motivo.	0	1	2
25. Eu tenho medo de ficar sozinho em casa.	0	1	2
26. Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
27. Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado.	0	1	2
28. As pessoas dizem que eu me preocupo demais.	0	1	2
29. Eu não gosto de ficar longe da minha família.	0	1	2
30. Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).	0	1	2
31. Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais	0	1	2
32. Eu fico com vergonha na frente de pessoas que não conheço bem.	0	1	2
33. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro.	0	1	2
34. Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar.	0	1	2
35. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas.	0	1	2
36. Eu tenho medo de ir à escola.	0	1	2
37. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram.	0	1	2
38. Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto.	0	1	2
39. Eu fico nervoso quando estou com outras crianças ou adultos e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).	0	1	2
40. Eu fico nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que não conheço bem.	0	1	2
41. Eu sou tímido.	0	1	2

Não se esqueça de conferir se você não deixou nenhum item em branco!

ANEXO E – CDI

CDI

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: Anos ___ Meses ___ Dias ___
 Sexo: _____ Data: _____ Entrevistador: _____

Por favor, responda os itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada.

Veja o seguinte exemplo:

- Eu sempre vou ao cinema
- Eu vou ao cinema de vez em quando
- Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa.

Marque só uma alternativa em cada questão. Nenhuma resposta é certa ou errada. Depende de como você se sente. Para responder, considere como você tem se sentido nas últimas duas semanas. Lembre-se que as respostas são confidenciais.

Seja sincero(a) em suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco.

- 01- Eu fico triste de vez em quando
 Eu fico triste muitas vezes
 Eu estou sempre triste
- 02- Para mim, tudo se resolverá bem
 Eu não tenho certeza de que as coisas darão certo para mim
 Nada vai dar certo para mim.
- 03- Eu faço bem a maioria das coisas
 Eu faço errado a maioria das coisas
 Eu faço tudo errado
- 04- Eu me divirto com muitas coisas
 Eu me divirto com algumas coisas
 Nada é divertido para mim
- 05- Eu sou mau (má) de vez em quando
 Eu sou mau (má) com frequência
 Eu sou sempre mau (má)
- 06- De vez em quando, eu penso que coisas ruins irão me acontecer
 Eu temo que coisas ruins me aconteçam
 Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 07- Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto muito de mim mesmo
 Eu me odeio
- 08- Poucas vezes, eu me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa

- 09- Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar *
 Eu quero me matar *
- 10- Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
 Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
 eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11- Eu me sinto preocupado de vez em quando
 Eu me sinto preocupado freqüentemente
 Eu me sinto sempre preocupado
- 12- Eu gosto de estar com as pessoas
 Freqüentemente, eu não gosto de estar com as pessoas
 Em muitas ocasiões, eu não gosto de estar com as pessoas
- 13- Eu tomo decisões facilmente
 É difícil para mim tomar decisões
 Eu não consigo tomar decisões
- 14- Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos
 Eu sou feio (feia)
- 15- Fazer os deveres de casa não é grande problema para mim
 Com freqüência, eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16- Eu durmo bem à noite
 Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites
 Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17- Eu me canso de vez em quando
 Eu me canso freqüentemente
 Eu estou sempre cansado
- 18- Eu como bem
 Alguns dias eu não tenho vontade de comer
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19- Eu não temo sentir dor, nem adoecer
 Eu temo sentir dor e ficar doente
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20- Eu não me sinto sozinho(a)
 Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes
 Eu sempre me sinto sozinho(a)
- 21- Eu me divirto na escola freqüentemente
 Eu me divirto na escola de vez em quando
 Eu nunca me divirto na escola

- 22- Eu tenho muitos amigos
 Eu tenho alguns amigos, mas gostaria de ter mais
 Eu não tenho amigos
- 23- Meus trabalhos escolares são bons
 Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
 Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom (boa)
- 24- Em geral, sou tão bom quanto outros adolescentes
 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outros adolescentes
 Não posso ser tão bom quanto outros adolescentes
- 25- Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
 Eu não tenho certeza se alguém me ama
 Ninguém gosta de mim realmente
- 26- Eu sempre faço o que me mandam
 Eu não faço o que me mandam com frequência
 Eu nunca faço o que mandam
- 27- Eu não me envolvo em brigas
 Eu me envolvo em brigas com frequência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas

ANEXO F – CATS

Escala de Pensamentos Automáticos (CATS)

Nome:	Data de hoje:
Idade (anos):	Sexo: Masculino / Feminino

Instruções: Abaixo estão listados alguns pensamentos que crianças e adolescentes dizem surgir em suas cabeças. Leia cuidadosamente cada pensamento e decida qual a **freqüência** de que cada pensamento apareceu em sua cabeça na **última semana**. Circule sua resposta da seguinte maneira:

Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Todo o tempo
0 1 2 3 4

Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas!

Na última semana eu pensei que...	Nunca	Rara- mente	Algumas vezes	Frequente mente	Todo o tempo
1. As outras crianças vão pensar que eu sou burro	0	1	2	3	4
2. Eu tenho o direito de me vingar das pessoas se elas merecerem	0	1	2	3	4
3. Eu não consigo fazer nada direito.	0	1	2	3	4
4. Eu vou sofrer um acidente	0	1	2	3	4
5. As outras crianças são burras	0	1	2	3	4
6. Fico com medo de ser gozado	0	1	2	3	4
7. Eu estou ficando louco	0	1	2	3	4
8. As outras crianças vão rir de mim	0	1	2	3	4
9. Eu vou morrer	0	1	2	3	4
10. A maioria das pessoas está contra mim	0	1	2	3	4
11. Eu não sirvo pra nada	0	1	2	3	4
12. Minha mãe ou meu pai vão se machucar	0	1	2	3	4
13. Nada mais dá certo pra mim	0	1	2	3	4
14. Eu vou parecer um bobão	0	1	2	3	4
15. Eu não vou deixar barato quando alguém me incomodar	0	1	2	3	4
16. Tenho medo de perder o controle	0	1	2	3	4
17. É minha culpa se as coisas deram errado	0	1	2	3	4
18. As outras pessoas pensam coisas ruins sobre mim	0	1	2	3	4
19. Se alguém me machucar eu tenho o direito de machucá-los de volta	0	1	2	3	4
20. Eu vou me machucar	0	1	2	3	4

Escala de Pensamentos Automáticos (CATS)

Nome:	Data de hoje:
-------	---------------

Na última semana eu pensei que...	Nunca	Rara- mente	Algumas vezes	Frequent emente	Todo o tempo
21. Eu tenho medo do que as outras crianças vão pensar sobre mim	0	1	2	3	4
22. Algumas pessoas merecem o que acontece com elas	0	1	2	3	4
23. Eu transformei minha vida em uma grande bagunça	0	1	2	3	4
24. Algo de muito ruim vai acontecer	0	1	2	3	4
25. Eu pareço um idiota	0	1	2	3	4
26. Eu nunca serei tão bom quanto as outras pessoas	0	1	2	3	4
27. Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço	0	1	2	3	4
28. Eu sou um fracasso	0	1	2	3	4
29. As outras crianças zombam de mim	0	1	2	3	4
30. Não vale a pena viver	0	1	2	3	4
31. Todos estão me encarando	0	1	2	3	4
32. Eu tenho medo de fazer papel de bobo	0	1	2	3	4
33. Tenho medo de que alguém possa morrer	0	1	2	3	4
34. Eu nunca vou superar meus problemas	0	1	2	3	4
35. As pessoas sempre tentam me meter em confusão	0	1	2	3	4
36. Tem alguma coisa muito errada comigo	0	1	2	3	4
37. Algumas pessoas são más	0	1	2	3	4
38. Eu me odeio	0	1	2	3	4
39. Alguma coisa vai acontecer com alguém que eu me preocupo	0	1	2	3	4
40. Pessoas más merecem ser punidas	0	1	2	3	4

ANEXO G – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1 – Nome Completo da criança: _____
- 2 – Local onde deseja ser atendido: () PUCRS () InTCC
- 3 – Data da avaliação: _____ 4 – Entrevistador: _____
- 5 – Nome do responsável: _____
- 6 – Parentesco: _____
- 7 – Endereço completo: _____
- 8 – Fone Residencial: _____ 9 – Fone Celular: _____
- 10 – Fone do Trabalho: _____
- 11 – Data de Nascimento da criança: ___/___/___ 12 – Idade: _____ 13 – Sexo: () M () F
- 14 – Escolaridade: _____
- 15 – Escola Pública () Escola Particular ()
- 16 – Nome mãe: _____
- 17 – Idade mãe: _____ 18 – Profissão mãe: _____
- 19 – Escolaridade mãe: _____
- 20 – Estado civil atual:
 () Solteira () Casada ou com companheiro () separada ou divorciada () Viúva () Outro
- 21 – Nome pai: _____
- 22 – Idade pai: _____ 23 – Profissão pai: _____
- 24 – Escolaridade pai: _____
- 25 – Estado civil atual:
 () Solteiro () Casado ou com companheira () Separado ou divorciado () Viúvo () Outro
- 26 – Os pais são casados? () Sim () Não
- 27 – Há quanto tempo? _____
- 26 – Os pais são separados? () Sim () Não
- 27 – Há quanto tempo? _____
- 28 – Há disputa de guarda? () Sim () Não
- 29 – Número de irmãos: () 0 () 1 () 2 () 3 () Mais de 3
- 30 – Quem vive com a criança?

31 – A gestação foi planejada? () Sim () Não

32 – Ocorreram intercorrências durante a gestação do paciente? () Sim () Não

33 - Qual? _____

34 – Uso de medicações, drogas e/ou álcool durante a gravidez: () Sim () Não

35 – Se sim, explique (qual?): _____

36 – Complicações (emocionais, psicológicas, físicas...) durante a gravidez e no período Perinatal:

() Sim () Não

37 – Qual:

38 – O período da gestação durou quantas semanas? _____ (ou meses: _____)

39 – O parto foi normal: () Sim () Não

40 – Foi cesariana: () Sim () Não

41 – Usou fórceps: () Sim () Não

42 – Peso ao nascer: _____

43 – Desenvolvimento psicomotor dentro dos limites normais: () Sim () Não

44 – Se não, explique:

45 – Hospitalizações? () Sim () Não

Explique: _____

46 – Com que idade a criança entrou na escola? _____ anos

47 – Fez pré-escola? () Sim () Não

48 – A criança tem ou teve problemas para aprender a ler e escrever? () Sim () Não

49 – A criança repetiu alguma série? () Sim () Não

50 – Quais? _____

51 – Como você classifica o rendimento (ou desempenho) escolar do avaliado (a)? Dê uma nota de 0 a 10. _____

52 – Apresenta alguma dificuldade de aprendizagem? () Sim () Não

53 – Em qual ou quais área(s)? Leitura () Escrita () Matemática () Outra ()

54 – Tem problemas de sono ou para dormir? () Sim () Não

55 – Que tipo? _____

56 – Com quem/onde a criança dorme? Desde quando?

Sintomatologia atua:

57 – Qual o motivo de busca por atendimento: _____

58 – Quando os sintomas/comportamentos começaram? _____

59 – Você consegue os relacionar com alguma circunstância específica? _____

60 – Como você tem manejado com tais sintomas/comportamentos? _____

61 – Estes sintomas/comportamentos são observáveis em outros locais fora do ambiente familiar/escolar? _____

Histórico de Uso de Medicação:

62 – A criança toma alguma medicação hoje em dia? () Sim () Não () Não Sabe

63 – Nome medicações:

63.1 Medicação: _____

Dosagem _____

63.2 Medicação: _____

Dosagem _____

História familiar de problemas clínicos e psiquiátricos:

64 – Há histórico de alguma doença psiquiátrica na família? () Sim () Não

68 – Quem?

Parentesco:

Sintomas/Diagnóstico

68.1 - _____ 68.2 - _____

69.1 - _____ 69.2 - _____

70.1 - _____ 70.2 - _____

71.1 - _____ 71.2 - _____

72 - Critério de Classificação Econômica Brasil 2015 (Sistema de Pontos) (marcar com um X)

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregado Doméstico	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família (pessoa de referência)		
Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental I incompleto (até 4ª série)	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto (5ª a 8ª série)	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental II completo/ Médio incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ Ensino superior incompleto	4
Superior completo	Superior completo	7

Serviços Públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D-E	0 - 16

Entrevista inicial com a criança

1) Rapport: Perguntar para a criança se ela sabe o que está fazendo aqui, explicar o que será realizado;

2) Formação de vínculo: Perguntar sobre a vida dela: família, escola, atividades que realiza que gosta ou não de fazer:

3) Solicitar que a criança relate alguma situação positiva de sua vida

4) Solicitar que a criança relate alguma situação negativa de sua vida (a pior)

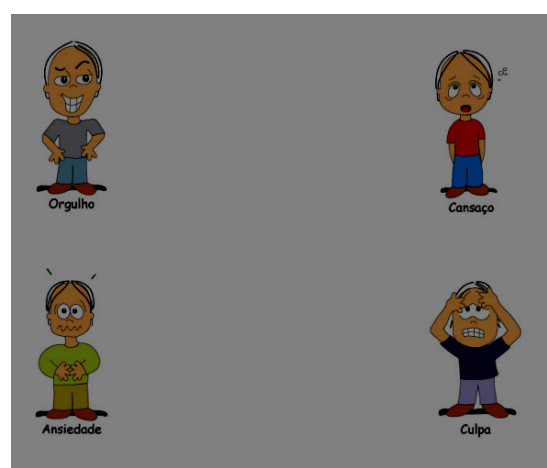
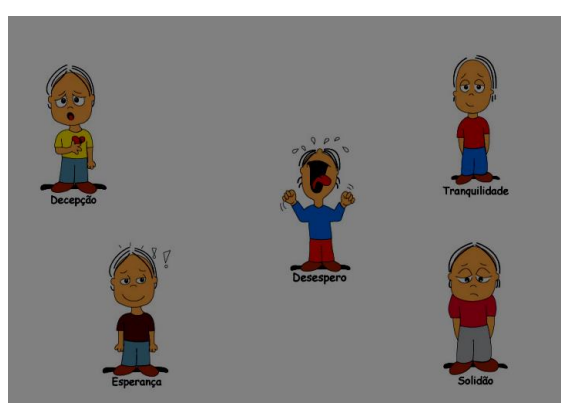
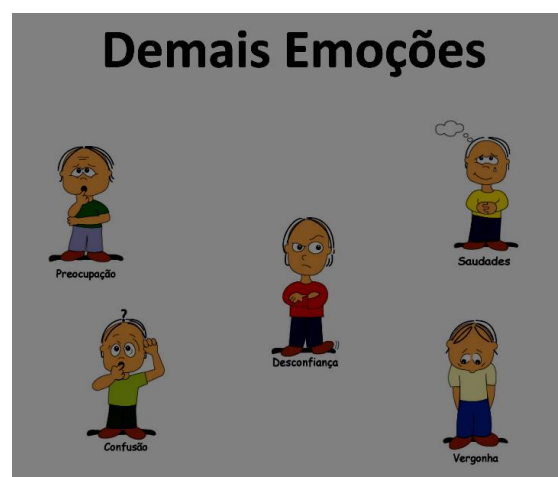
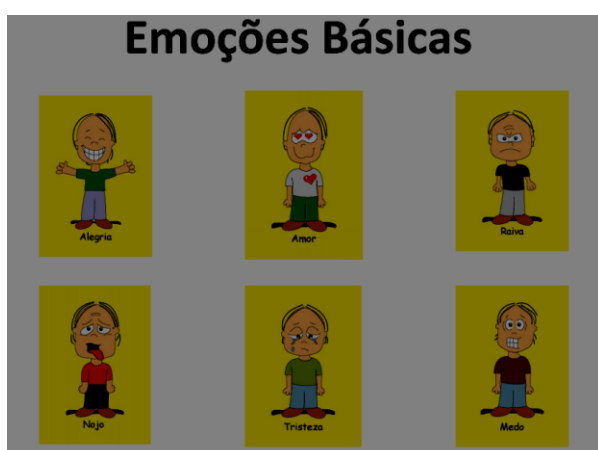
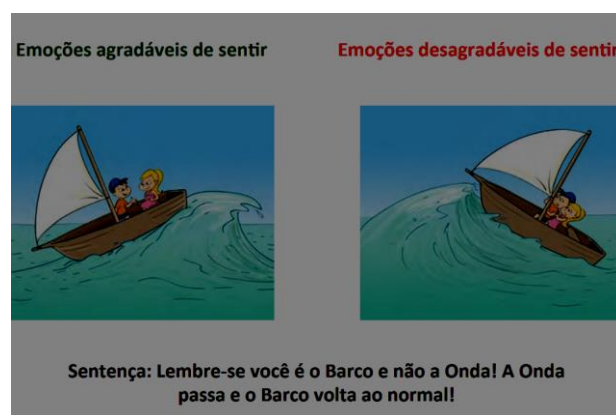
5) Investigar a situação negativa

6) Perguntar sobre os sintomas/comportamentos ruins que ela tem apresentado:

7) Perguntar se ela lembra quando começou e se sabe o porquê?

8) No que estes sintomas te atrapalham? Você deixa de fazer coisas que gostaria devido a eles? _____

ANEXO H – Instrumentos de acesso na etapa T



Termômetro das Emoções



Modelo Regulação e Proficiência Emocional TRI: desenvolvendo empatia

1. Psicoeducação da biologia e da classificação emocional
2. Ativar / Evocar
3. Reconhecer / sentir
4. Nomear
5. Compreender a semântica
6. Quantificar
7. Discriminar
8. Aceitar
9. Validar
10. Manifestar facial, corporal e verbalmente
11. Expressar assertivamente
12. Estabelecer conexões: árvore e mapa corpo, ação e ambiente das emoções
13. Ampliar repertório emocional
14. Reparação das Emoções
15. Relaxamento, respiração e acalmando a mente

O que é o TRI?

O TRI é um programa terapêutico que foi desenvolvido para ajudar as crianças a superarem seus problemas. No programa TRI temos três fases diferentes:

- Os encontros T, de trabalhe as suas emoções;
- Os encontros R, de recicle os seus pensamentos;
- Os encontros I, de inove as seus comportamentos.

No início de cada fase, você e seus pais receberão informações sobre tudo aquilo que será trabalhado em cada encontro.



Boas-vindas e vamos trabalhar!

A partir de agora vamos começar um trabalho com o objetivo de modificar problemas que vêm atrapalhando você de alguma maneira. Todas as tarefas deste Caderno funcionarão como remédios para modificar tudo o que está incomodando. Sua colaboração e de sua família são muito importantes. Durante os passos do trabalho vamos montar uma "farmácia" para você com todos os "remédios" que o ajudarão a enfrentar os problemas.



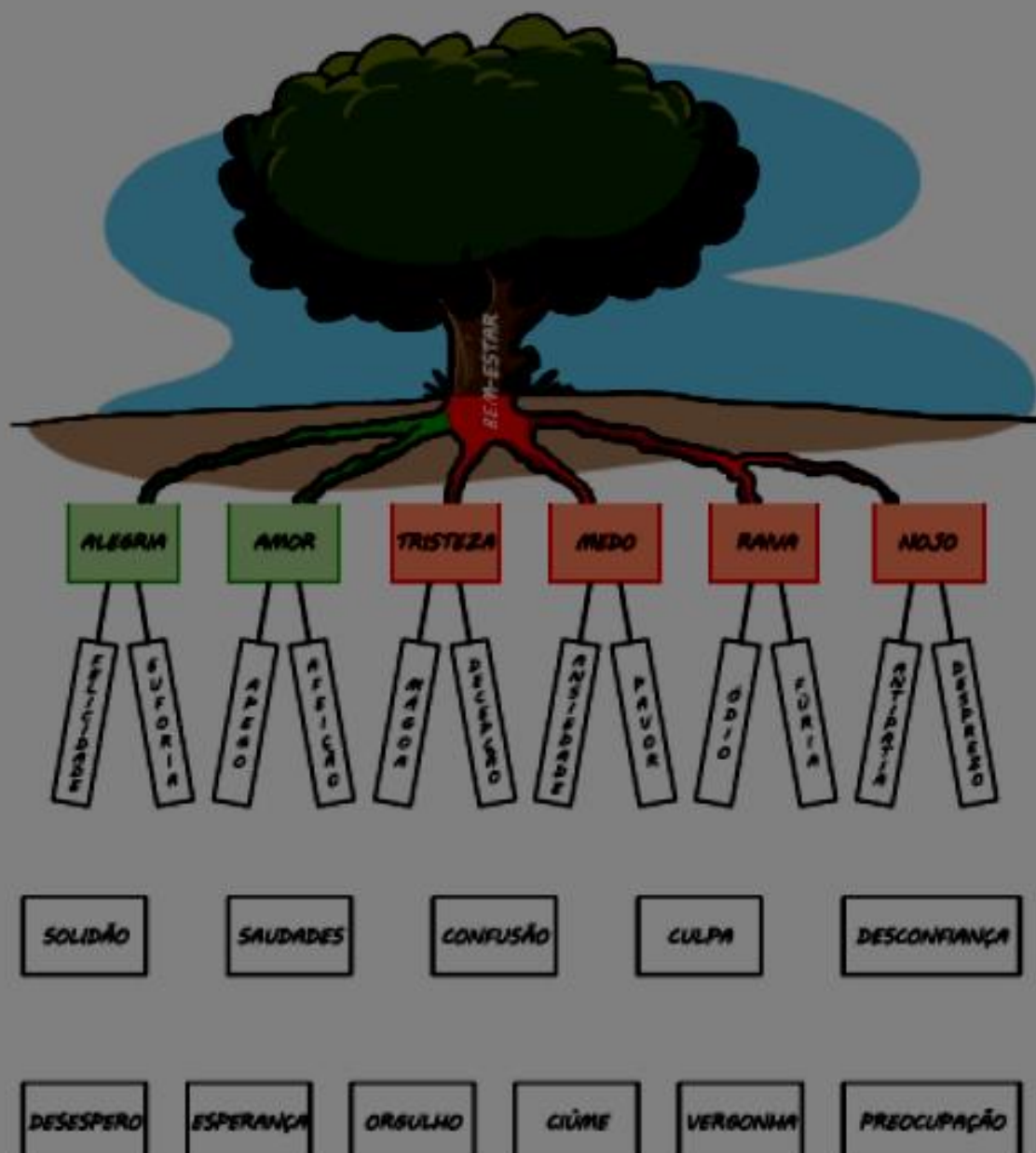
Encontros T

Trabalhe as suas emoções. Aqui você vai aprender com seu terapeuta.

- 1.** O que são emoções, como elas aparecem, de onde elas vêm.
- 2.** Sobre as emoções agradáveis (verdes) e as emoções desagradáveis (vermelhas).
- 3.** A ativar, reconhecer, sentir e nomear, quantificar, discriminar, aceitar, validar, manifestar no rosto, corpo e voz. A expressar-se assertivamente, fazer sua árvore e mapa das emoções, e ampliar seu repertório emocional.
- 4.** Contar histórias pessoais sobre cada uma das emoções.
- 5.** A metáfora das emoções como ondas e a conhecer a sentença: "eu sou o Barco não sou a onda". Aprender sobre o bem-estar.
- 6.** O que é empatia e qual a sua importância para relações saudáveis.
- 7.** Sobre as emoções em si e no outro através dos exercícios. Identificar a expressão facial da emoção. Aprender como o corpo reage através de gestos e posturas em cada tipo de emoção básica. Como fica a voz quando a emoção surge. Reforçar empatia e estabelecer a relação entre as emoções desagradáveis de sentir, emoções vermelhas e os pensamentos que não ajudam, ou pensamentos vermelhos, e a relação entre as emoções agradáveis de sentir, emoções verdes e os pensamentos que ajudam, pensamentos verdes e por fim como eu me comporto quando a emoção trabalhada aparece.
- 8.** A monitorar as emoções (registros).
- 9.** Exercícios que ajudam a diminuir o efeito das ondas das emoções: relaxamento e respiração, acalmando a mente.
- 10.** A selecionar remédios para a farmácia TRI. Prateleira T.

Vamos deixar registrada a relação que existe entre as emoções:

Imagine que cada um de nós é uma árvore. Para que servem as raízes? (para dar sustentação à árvore). É possível uma árvore ficar em pé sem raízes? (não, sem raízes ela cai e não recebe alimentos). Uma árvore consegue dar boas frutas sem boas raízes? (não, pois as boas frutas dependem de boas raízes). O resultado desta estrutura é o seguinte: Raízes equilibradas possibilitam um tronco seguro (bem-estar). As emoções são como se fossem nossas raízes. O exercício consiste em fazer a relação das emoções que você trabalhou com seu terapeuta ligando as raízes umas nas outras.



Afetivograma

EMOÇÃO PREDOMINANTE Nº																
DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
MUITO FORTE																
FORTE																
MÉDIO																
FRACO																
MUITO FRACO																
INEXISTENTE																

EMOÇÃO PREDOMINANTE Nº																
DIAS	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
MUITO FORTE																
FORTE																
MÉDIO																
FRACO																
MUITO FRACO																
INEXISTENTE																

 1. Tristeza	 2. Amor	 3. Medo	 4. Tristeza	 5. Medo	 6. Raiva	 7. Solidão	 8. Solidão
 9. Confusão	 10. Preocupação	 11. Culpa	 12. Surpresa	 13. Desconfiança	 14. Vergonha	 15. Desespero	 16. Esperança
 17. Desconfiança	 18. Ansiedade	 19. Orgulho	 20. Ansiedade	 21. Felicidade	 22. Raiva	 23. Raiva	 24. Raiva
 25. Raiva	 26. Medo	 27. Raiva	 28. Medo	 29. Amor	 30. Culpa		

EXERCÍCIOS

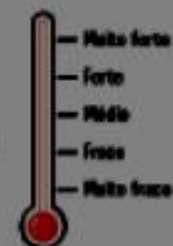
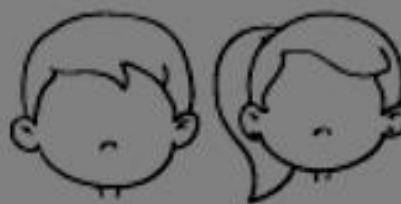
Emoções desagradáveis de sentir

Vamos aprender o que estas emoções querem nos dizer.
O que elas significam.

TRISTEZA

A tristeza quer dizer que eu me sinto perdendo algo: deixado de lado, desprestigiado, desvalorizado, desprezado, não aceito pelas pessoas.

Desenhe na carinha a emoção TRISTEZA. Faça olhos, sobrancelhas e boca de TRISTEZA. Depois imite a carinha que você desenhou. Espere um minuto e se concentre na emoção, para ajudar lembrar de algo bem TRISTE. Depois relate como você se sentiu e indique no termômetro a quando você conseguiu sentir a emoção exercitada. Agora você sabe como as outras se sentem quando sentem TRISTEZA?



Usando cores, mostre no desenho detalhadamente como a emoção trabalhada aparece no seu corpo.

Meus pensamentos:

Meus comportamentos:



Mostre ao seu terapeuta como fica sua voz.

O que será que deixa o outro triste?

Agora faça um círculo naquela postura corporal que você considera mais adequada, conforme a emoção que acabamos de trabalhar. Mostre como o seu corpo fica quando você sente essa emoção. Use o corpo, o rosto e a voz da emoção trabalhada.



EXERCÍCIOS

Emoções agradáveis de sentir

Vamos aprender o que estas emoções querem nos dizer.
O que elas significam.

alegria

A alegria quer dizer que eu me sinto: satisfeito, prestigiado, valorizado, acolhido, aceito, adequado, adaptado.

Desenhe nas canetas a emoção ALEGRIA. Faça olhos, sobrancelhas e boca de ALEGRIA. Depois imite a caneta que você desenhou. Espere um minuto e se concentre na emoção, para ajudar lembre de algo que lhe deixa muito ALEGRE. Depois relate como você se sentiu e indique no termômetro o quanto você conseguiu sentir a emoção exercitada. Agora você sabe como as outras se sentem quando sentem ALEGRIA?



Usando cores, mostre no desenho detalhadamente como a emoção trabalhada aparece no seu corpo.

Meus pensamentos:

Meus comportamentos:



Mostre ao seu terapeuta como fica sua voz.

O que será que deixa o outro alegre?

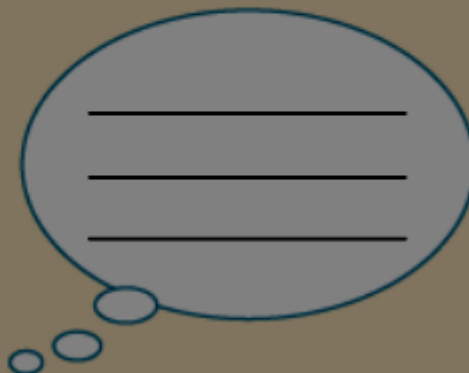
Agora faça um círculo naquela postura corporal que você considera mais adequada, conforme a emoção que acabamos de trabalhar. Mostre como o seu corpo fica quando você sente essa emoção. Use o corpo, o rosto e a voz da emoção trabalhada.





Para fazer junto com o seu terapeuta, com os seus pais, amigos ou colegas.

Peça para alguém imitar a carinha de uma emoção básica. Peça para a pessoa não contar qual emoção ela está fazendo. Depois, na figura abaixo, desenhe o que você está vendo no rosto da pessoa. Você vai dar o nome da emoção e mostrar no termômetro o quanto a pessoa está sentindo aquilo. Você também deve escrever nas linhas do balão de pensamento o que ela deve estar pensando quando está sentindo aquela emoção. Depois verifique com ela se você acertou tanto a emoção quanto os pensamentos. Boa diversão!



Exercícios

Vamos registrar os exercícios que você fez com seu terapeuta sobre o limite máximo e mínimo das emoções

Agora vamos criar referências para podermos entender e dar um tamanho na forma de onda para cada emoção. Quando você sentir a emoção surgir você vai comparar o tamanho da onda conforme os exemplos que vamos criar para cada uma das emoções, tanto as agradáveis quanto as desagradáveis.

Peça um exemplo para a criança e classifique junto com ela. Prescreva como tarefa de casa com participação da família sempre que alguma emoção ativar. Dê ênfase nas emoções com maior dificuldade de discriminação.



TRISTEZA

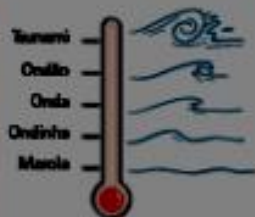


MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

RAIVA



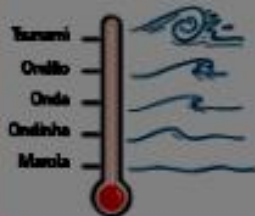
MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

MEDO

MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

NOJO

MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

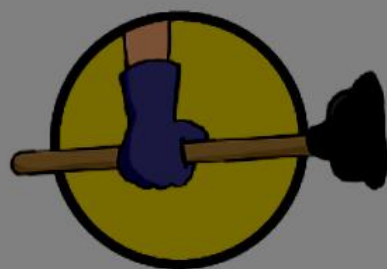
ALEGRIA

MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

AMOR

MÁXIMO	
MÉDIO	
MÍNIMO	

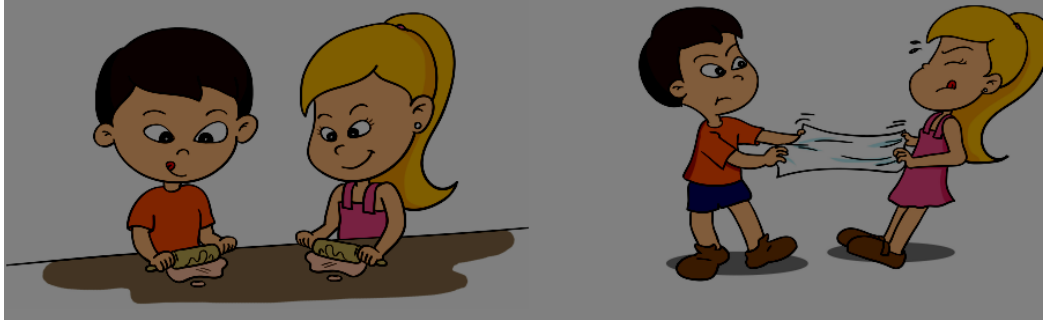
ANEXOS I – Instrumentos de acesso aos pensamentos



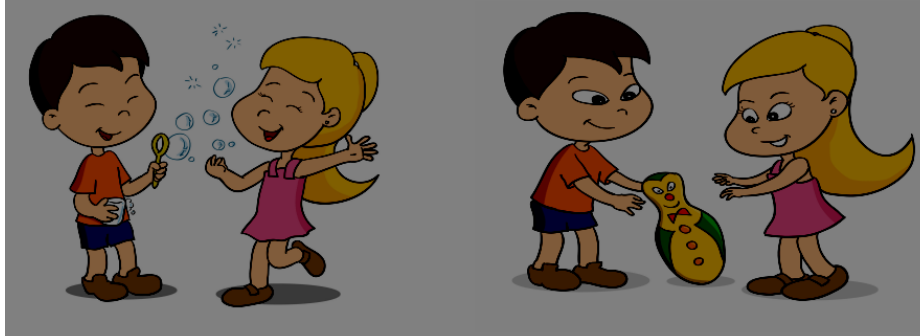
Você sabia que o pensamento é a voz da emoção?

- Precisamos prestar atenção aos nossos pensamentos. Precisamos falar dos nossos pensamentos.
- Pensamentos quando ficam na cabeça e não são falados "entopem" nosso funcionamento. Eles precisam ser falados para "desentupir" nossa cabeça. Isso se chama Expressão Assertiva.

Cartas Lúdicas – tradutoras: ajudam a entender o porém



Cartas Lúdicas – tradutoras: ajudam a entender o portanto



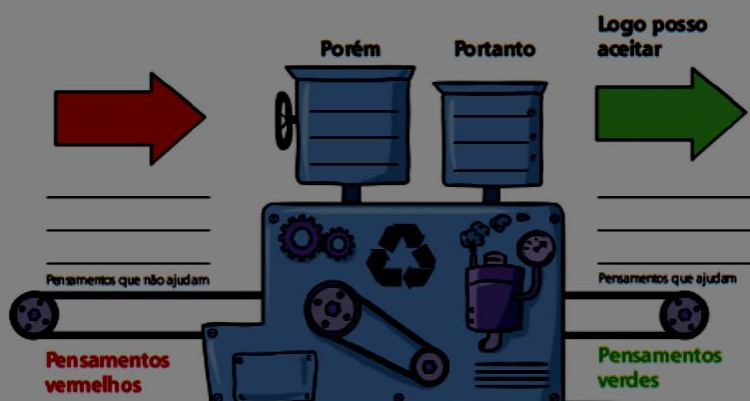
Cartas Lúdicas – tradutoras: ajudam a entender o Logo, Posso Aceitar...



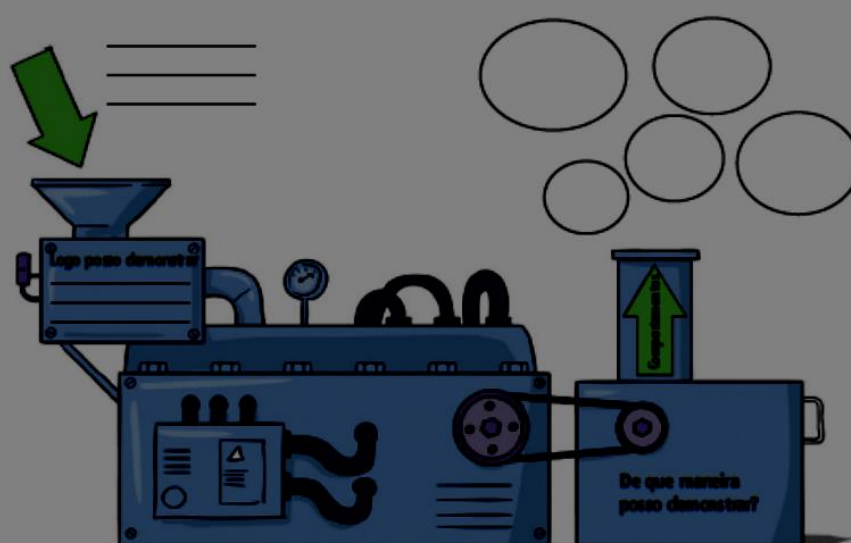
Usando a máquina de reciclagem

Para você treinar em casa com a ajuda de seus pais cada vez que pensamentos que não ajudam invadirem a sua cabeça.

Máquina de Reciclagem de Pensamentos



Vamos conhecer a máquina da difusão.



Montando o Cartão de Enfrentamento: **S.O.S.**

Escreva o que
você concluiu.

Desenhe o que
você concluiu.

S.aque seu
cartão

O.lhe o seu
cartão

S.iga o seu
cartão

ANEXO J – Instrumentos de acesso aos comportamentos**Metáfora Central: efeito bumerangue**

Sentença: posso ter influência nos acontecimentos da minha vida.



Os nossos comportamentos são como bumerangues. O que nós "lançamos" costuma voltar para nós mesmos. Por exemplo, quando alguém está com raiva acaba "lançando" xingamentos, agressões, hostilidades e acaba por gerar raiva e, às vezes, medo nas pessoas. O que voltará para essa pessoa que lançou coisas ruins pela raiva? Voltarão xingamentos, agressões, hostilidades e ela receberá ainda de volta raiva e medo. Com o efeito bumerangue aprendemos que nossos comportamentos retornam na mesma forma que foram lançados. Coisas positivas geram bem-estar; coisas negativas geram mal-estar. Raiva gera medo e raiva. Tristeza gera desânimo e mais tristeza. Alegria gera bem-estar e conforto social. Amor gera amor e cuidado.

Para você lembrar
o que trabalhamos sobre os
comportamentos e o
Efeito Bumerangue.

Bem estar como meta em nossas vidas.

Lembre que as emoções e os pensamentos estão sempre presentes em nossas vidas mas é durante o Bem Estar que conseguimos ter uma visão mais clara da vida, das pessoas e das coisas a nossa volta. Lembre que o Bem Estar é o barco em águas calmas sem grandes sacolejos, sem grandes sacodidas.



tamentos.
nir são
Aviões
tam
blemas.
itas que
sa vida e

Classes de Comportamentos

Que ajudam (verdes)

1. Acertividade

Que não ajudam (vermelhos)

1. Descuidado/irresponsável

3. Empatia (Cena 3)

Na cena que segue o menino está compartilhando com a menina o seu lanche, um pedaço de pão. O menino foi capaz de perceber que a menina estava com fome, mas estava sem lanche. Este comportamento que faz com que sejamos capazes de nos colocarmos no lugar do outro e de perceber o que o outro está sentindo é chamado de **EMPATIA**. Sermos empáticos é percebermos o que é importante para as outras pessoas além de nós mesmos. Olhando a cena de empatia a seguir conte uma história na qual você tenha sido empático. Pode ser com alguém que você não conhecia ou algum familiar.



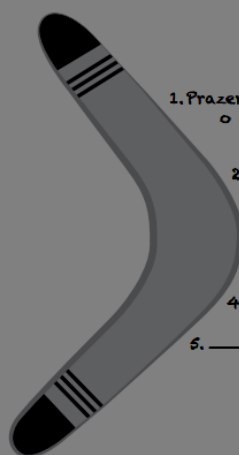
1. Na história que você contou marque no lado direito do termômetro o quanto você acha que foi empático (a)?

2. Indique no lado esquerdo do termômetro o quanto você acha que é empático em sua vida?

* Próximo passo: imprimir exercício de vantagens da empatia (anexo 6).



3. Vejamos agora as vantagens de sermos empáticos: preencha nas linhas em branco na volta do bumerangue quais outras ideias você considera vantajosas neste comportamento.



1. Prazer em entender o outro, ser capaz de entender o outro mesmo que isso nos leve a perceber a tristeza ou a dor do outro;
2. Poder acolher o outro, evitar fazer mal ao outro;
3. Saber que poderei ser entendido (a) e ajudado (a) quando necessitar;
4. _____
5. _____

3. Egoísmo (Cena 3)

Na cena a seguir o menino está pronto para saborear seu lanche, mas a menina está sem nada para lanchar no momento. Embora a menina esteja com fome o menino não está nem um pouco preocupado com ela e se recusa a dividir o que tem.

Este comportamento de nos preocuparmos apenas com nós mesmos sem nos importarmos com o que é importante para os outros, chamamos de **EGOÍSMO**.

Este comportamento faz com que as pessoas que convivem conosco fiquem descontentes e tristes pela maneira como nos comportamos.

Olhando a cena a seguir conte uma



1. Na história que você contou marque no lado direito do termômetro o quanto você acha que foi egoísta?

2. Indique no lado esquerdo do termômetro o quanto você acha que tem sido egoísta em sua vida?

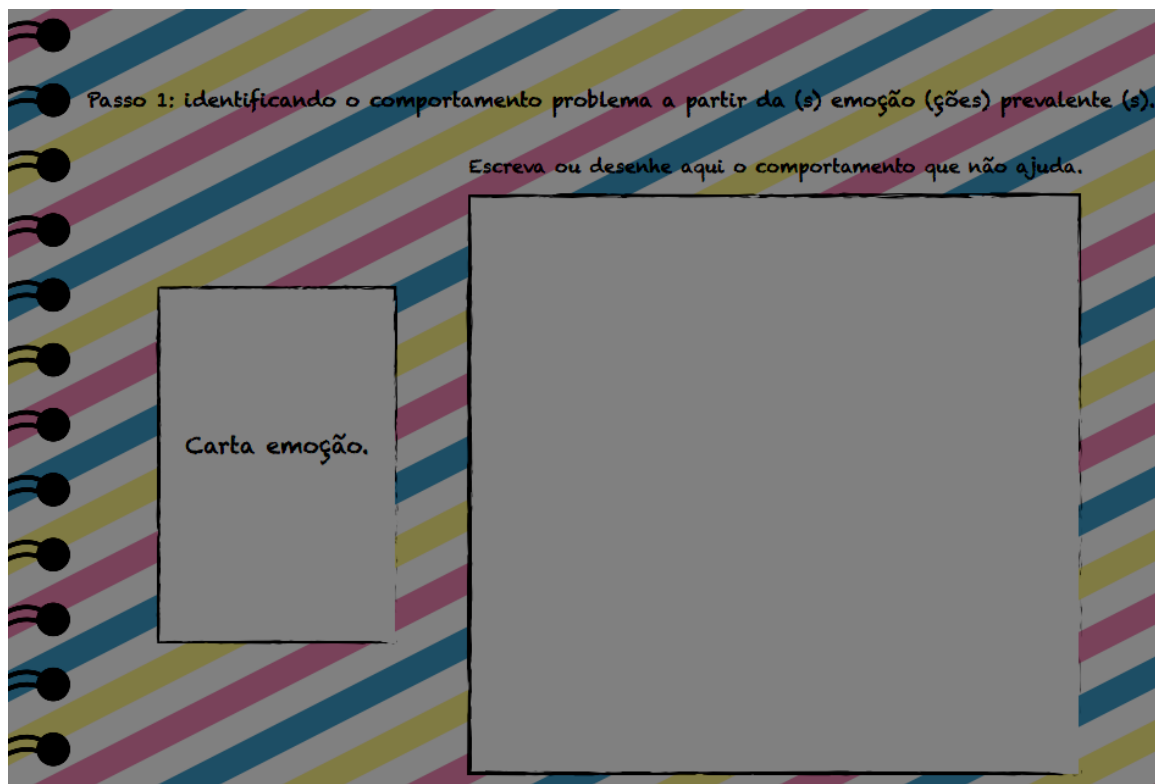


* Próximo passo: imprimir exercício de desvantagens do egoísmo (anexo 16).

Passo 1: identificando o comportamento problema a partir da (s) emoção (ções) prevalente (s).

Escreva ou desenhe aqui o comportamento que não ajuda.

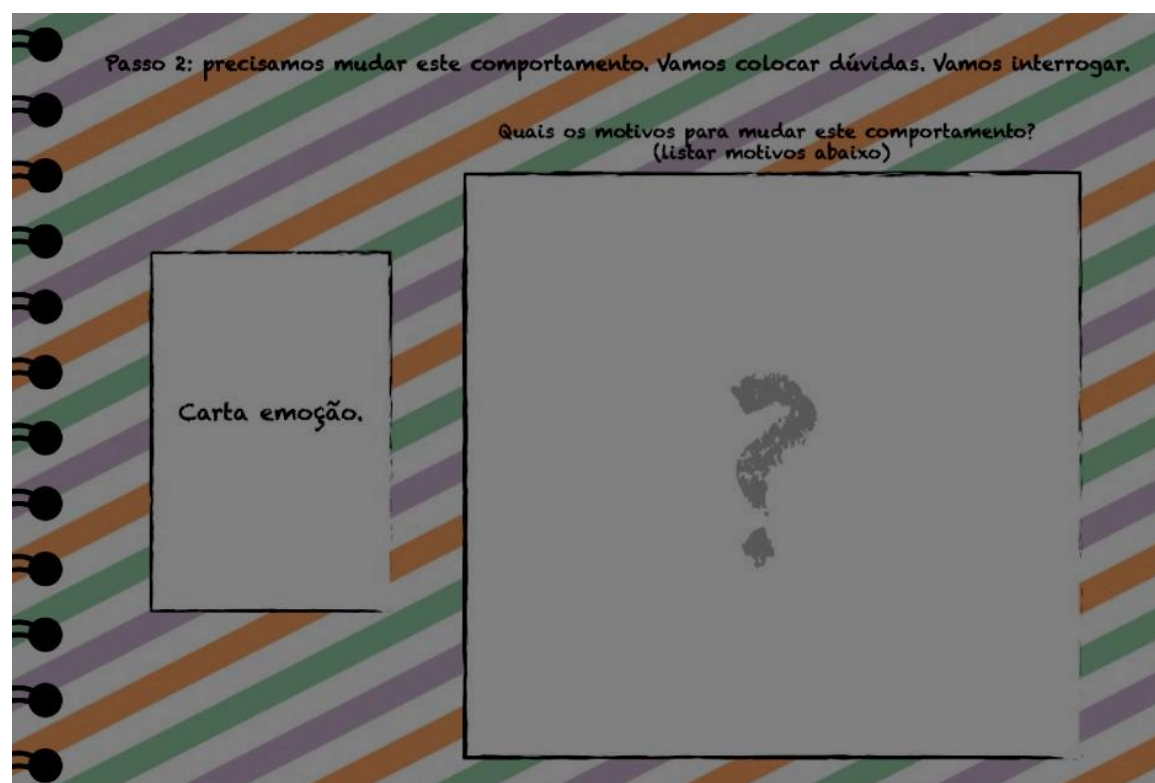
Carta emoção.




Passo 2: precisamos mudar este comportamento. Vamos colocar dúvidas. Vamos interrogar.

Quais os motivos para mudar este comportamento?
(listar motivos abaixo)

Carta emoção.




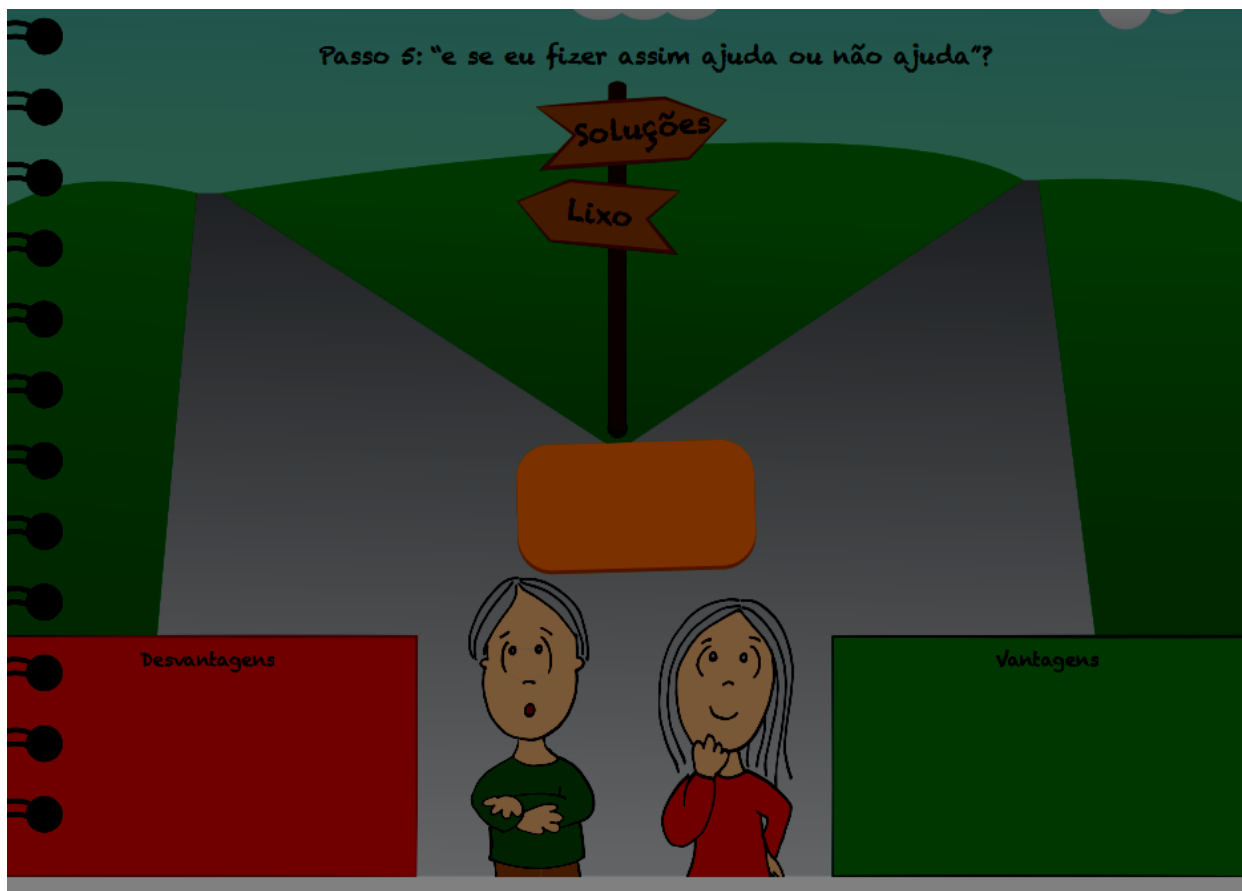
Passo 3: vamos fazer chover ideias?




Below the illustration are several horizontal lines for writing.

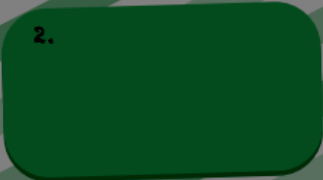
Passo 4: Placas sempre são usadas para chamar a atenção de algo importante para nós. Então vamos usar placas para colocar as ideias em destaque. Vamos anotar as ideias nas plaquinhas. Use todas as plaquinhas necessárias. Uma ideia para cada placa








Passo 7: Passos para montar meu Bumerangue.
 Hora de mudar o comportamento e encontrar o BEM ESTAR.
 Vamos botar em ordem do menos difícil ao mais difícil.


1. 


2. 


3. 


4. 

5. 

6. 

7. 

8. 

9. 


Passo 8: montando meu Bumerangue em busca do Bem Estar.
 Tirando as ideias que judam da minha Caixa de Ferramentas.
 em direção aos comportamentos que ajudam (verdes)

Comportamento Desejado:

Mantendo meu Bumerangue no rumo certo (Esquema de Reforço para cada Passo)

Passos	Eu mesmo	Meus pais	Tera-peuta	Outros
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Quantos Passos para o circuito do Bumerangue atingir a meta? Divida o Bumerangue em partes iguais ao número de passos. Em cada Passo atingido preencha uma parte.



1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Meus reforçadores	Reforçadores dos meus pais	Reforçadores do meu terapeuta	Outros

O banco de reforços pode abranger as seguintes estratégias de reforços:

- **Reforçamento endógeno:** a capacidade da criança reforçar a si mesma com auto elogio: "eu finalmente consegui, estou feliz por isso"; "isso demonstra que eu sou capaz"; "hoje eu vou pedir aos meus pais para dormir um pouquinho mais tarde".
- **Reforços de meus pais:** capacidade que os mesmos devem ter para reconhecer avanços da criança e reforçar seus vigores psicológicos. Elogiar: "filho você conseguiu". Expressar emoções positivas: "estamos muito felizes por isso". Manifestar afeto: "deixe eu lhe dar um grande beijo e um grande abraço por isso". Concessões: "hoje você poderá dormir um pouquinho mais tarde". Reforços materiais às vezes são inevitáveis embora devamos dosá-los cuidadosamente e preferencialmente envolvendo a família: "escolha um filme para irmos juntos ao cinema", ou ainda; "hoje você merece escolher um lugar para irmos jantar". Finalmente se a criança desejar muito algo material e se isso for combinado com o terapeuta, que seja algo bem dosado e com valor baixo: "agora que você conseguiu todos os passos do bumerangue você pode escolher um livro ou um brinquedo que você deseja desde que não custe muito caro".
- **Reforços do terapeuta:** fazer sempre uma relação com elementos psicoeducativos do tratamento: "veja você conseguiu vencer o medo que estava dominando você há bastante tempo. Agora seu lado corajoso está tomando conta do problema. Estou muito feliz com isso e tenho certeza de que você conseguirá muito mais". Elogiar a criança para seus pais: "o Paulinho está cada vez melhor, tem conseguido avançar na terapia, está cada vez mais corajoso e fico muito feliz por isso. Todos devemos ficar também".
- **Reforços de outros contextos:** podem ser contextos escolares, familiares, amigos, enfim, devem seguir os mesmo princípios acima delineados para que o ambiente de reforços seja unívoco, na mesma direção e com somatório de valências.

Relaxando meu corpo

Atenção! Sempre promover o treino destas posições com a presença de um dos pais ou responsáveis junto.

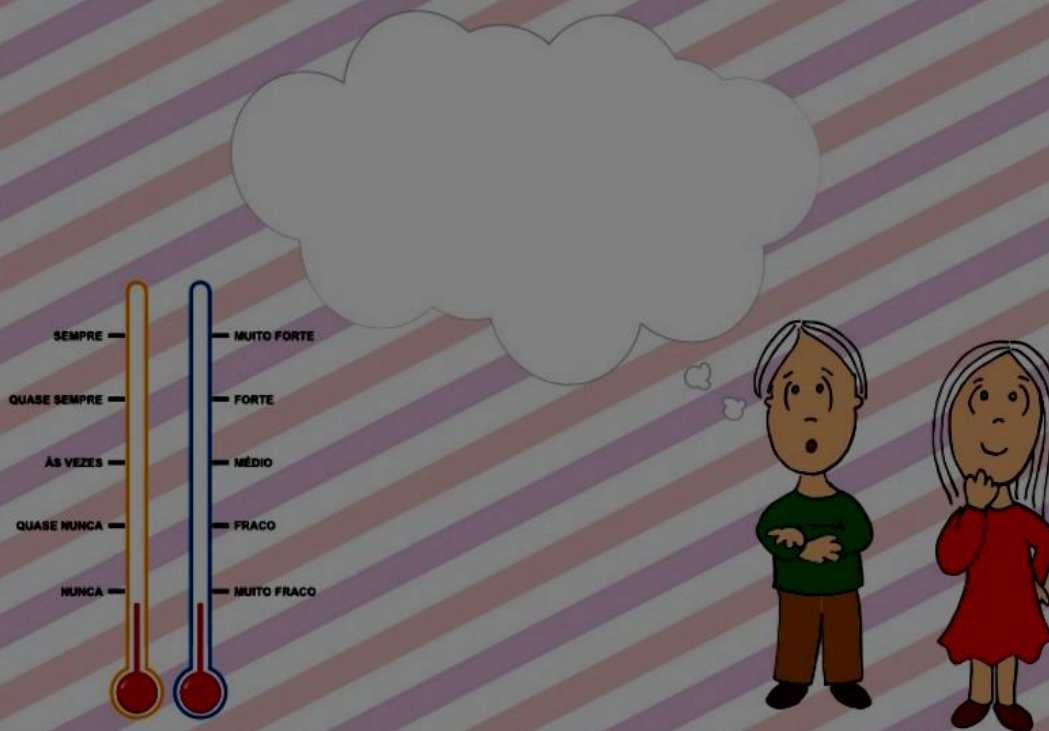
Paciente (certificar-se de que a criança esteja entendendo)

Como aprender a relaxar e como ajudar seu (sua) filho (a) a relaxar.

As nossas emoções além de influenciar o modo como pensamos também provocam reações em nosso corpo. Quando temos medo ficamos com o corpo mais encolhido, esperando algo ruim acontecer. Às vezes o medo passa e o corpo se mantém encolhido, às vezes sentimos até dor por causa disso. Podem nos causar dores nos ombros, nas costas e também muitas vezes na cabeça ou na barriga. A raiva, a tristeza e o nojo também provocam reações em nosso corpo. Agora vamos ensinar para vocês algumas posições que ajudam a desarmar nosso corpo, a desencolhe-lo. Vejam e experimentem (se os pais quiserem podem e devem experimentar junto) as posições que vocês estão vendo nos cartões. Quais vocês escolheriam para fazer em casa e relaxar (a criança escolhe as melhores para ela)? Escolha pelo menos umas duas além da posição do Gato Estirado que vai ser sempre usada cada vez que mudarmos de uma posição para a outra. Escolha as que provocam melhor relaxamento e que você considera mais fácil e confortável. Vocês vão levar para casa uma folha com todas elas e podem elaborar uma historinha usando as posições, isto pode auxiliar em um melhor relaxamento. Vocês vão praticar de início, apenas antes de dormir. Depois vocês podem e devem usá-las em momentos que sentirem seu corpo se encolher como resposta a uma situação que provoque uma emoção desagradável. Vocês podem usar as posições à vontade. Contem até cinco e concentrem-se em cada uma delas depois passem para a posição de Gato Estirado, também contem até cinco, e em seguida mudem para a nova posição e contem até cinco novamente usando toda a sequência que vocês escolheram.

Resumo: o que vocês entenderam do que conversamos sobre relaxar o corpo até agora? Quais posições você escolheu (criança)? Agora vocês receberão uma cartela para levar para casa. Marquem as posições escolhidas ou façam isso em casa após ter tido mais tempo de experimentar todas as posições. Tente fazer isso junto com os seus pais se eles quiserem. Numerem a ordem escolhida. Vejam que todas as posições levam ao Gato Estirado. Passe sempre por ela para trocar de posição.

Passo 9: Vamos testar no "Faz de Conta". Trabalhando com a Imaginação.
 Desenhe você enfrentando o problema.
 Medir no termômetro o quanto você acredita que poderá fazer a tarefa.



Ajudas...

- Quem?
- Quando?
- Onde?
- Como?

Para que haja eficácia na execução dos passos do bumerangue precisamos saber:

- Quem? Quem será responsável por ajudar a criança na execução dos passos propostos. O pai? A mãe? A avó? O professor?
- Quando? Conforme o problema da criança quando será o melhor momento para executarmos o passo número um?
- Onde? Em que local será testado o primeiro passo?
- Como? O que será necessário para a execução do primeiro passo?

Cartela de Relaxamento...

Instruções

- Marque no quadro com um X as posições que a criança escolheu como mais relaxante e fácil de executar (no mínimo duas podendo incluir todas);
- Usar sempre a posição central, Gato Estirado, na transição entre uma posição e outra;
- Contar até cinco na posição e em seguida mudar;
- Fazer no mínimo duas vezes a sequência, preferencialmente quatro vezes;
- Usar sempre que necessário e como regra fazer a sequência antes de dormir; Se quiser elabore uma historinha usando os nomes das posições.

Exemplo de historinha possível incluindo alguns dos elementos escolhidos pela criança a serem utilizados no relaxamento:

Era uma vez um Camelo que gostava muito de visitar seu amigo Gato. Um dia, no caminho ele passou por uma Tenda e por uma Árvore. Ele estava procurando seu amigo Gato, mas acabou encontrado a Coruja e a convidou para caminharem juntos. Assim ambos acabaram visitando o Sr. Gato.



Cartela de Relaxamento...

Instruções

- Marque no quadro com um X as posições que a criança escolheu como mais relaxante e fácil de executar (no mínimo duas podendo incluir todas);
- Usar sempre a posição central, Gato Estirado, na transição entre uma posição e outra;
- Contar até cinco na posição e em seguida mudar;
- Fazer no mínimo duas vezes a sequência, preferencialmente quatro vezes;
- Usar sempre que necessário e como regra fazer a sequência antes de dormir; Se quiser elabore uma historinha usando os nomes das posições.

Exemplo de historinha possível incluindo alguns dos elementos escolhidos pela criança a serem utilizados no relaxamento:

Era uma vez um Camelo que gostava muito de visitar seu amigo Gato. Um dia, no caminho ele passou por uma Tenda e por uma Árvore. Ele estava procurando seu amigo Gato, mas acabou encontrado a Coruja e a convidou para caminharem juntos. Assim ambos acabaram visitando o Sr. Gato.



Aprender a respirar para relaxar...

Respiração com movimentos dos braços.

- Inspirar lentamente, elevando os braços diante do corpo, levantando os braços lentamente, e expirar lentamente, voltando os braços para diante do corpo e baixando os mesmos lentamente.
- Colhendo frutas no Pomar.
- Repetir algumas vezes.



Aprender a respirar para relaxar...

Em pé.

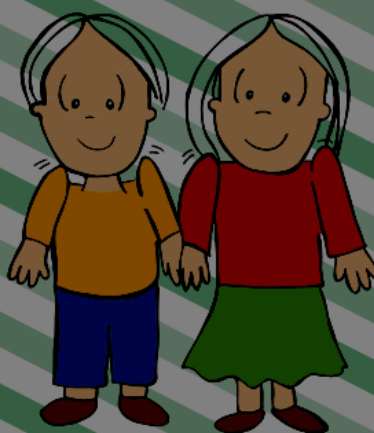
- O mesmo que foi feito deitado. Repetir algumas vezes.
- Inspirar pelo nariz e soprar como se assoviasse, produzindo o som do S. Repetir algumas vezes. Cheirar a Flor, Assoprar a Vela, na imaginação. Soprar a vela bem devagar sem apagá-la.
- Espreguiçar-se.



Aprender a respirar para relaxar...

Respiração com movimentos dos ombros.

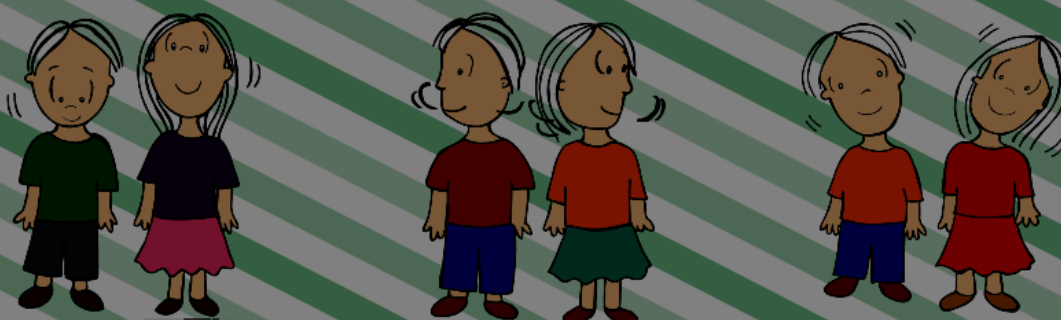
- Respirar e imitar a Tartaruga. Inspire lentamente e force a cabeça para dentro dos ombros. Bote a cabeça para fora e expire lentamente.



Aprender a respirar para relaxar...

Respiração com movimentos do pescoço.

- SIM: inspirar e expirar lentamente imitando o movimento do Sim com a cabeça.
- NÃO: inspirar e expirar lentamente imitando o movimento do Não com a cabeça.
- TALVEZ: inspirar e expirar lentamente imitando o movimento do Talvez com a cabeça.



O Que fazer com os pensamentos no relaxamento?

Roteiro:



Acalmando a minha mente...

Atenção! Sempre promover o treino de cenas relaxantes com a presença de um dos pais ou responsáveis junto.

Paciente e pais (certificar-se de que ambos estejam entendendo)

Aprendendo a usar as cenas mentais para relaxar ainda mais.

Este exercício deve ser feito depois que dominarmos os exercícios de relaxamento e de respiração. Ele será incluído em um relaxamento mais amplo e será o último a ser feito. Depois de relaxarmos o corpo, de respirarmos para relaxar mais, vamos criar cenas mentais que vão exercitar nossa memória para situações agradáveis que nos farão relaxar ainda mais. Antes de dormir, com a ajuda de seus pais crie uma historinha de olhos fechados e com muita imaginação. Roteiro sugerido:

- Imagine um lugar muito, muito bacana, um lugar que você adore e que faça o sentir-se calmo e relaxado.
- Agora imagine o que tem neste lugar que o deixa feliz.
- Agora acrescente mais detalhes na cena de que você goste para deixá-lo com uma sensação ainda melhor. Acrescente pessoas, bichos, natureza e o que mais você quiser.
- Agora experimente os cheiros existentes no local.
- Toque nas coisas para senti-las.
- Ouça os ruídos que podem existir no lugar.
- Sinta a temperatura do lugar.
- Olhe para tudo de belo e bom que há nele.
- Sinta o gosto de coisas gostosas de comer que há neste lugar.
- Fique se imaginando nele pelo tempo que você conseguir.
- Depois vá dormir lembrando de tudo que você criou em sua mente.

Parabéns! Você conseguiu! Relaxe e durma bem, pois o sono nos dá energia e saúde para o dia seguinte.

Resumo: o que vocês entenderam do que conversamos sobre a importância de exercitarmos a respiração?

Prevenção à recaídas

Alerta de Fim de Trabalho para os pais:

Atenção!

Emoções desagradáveis, pensamentos que não ajudam e comportamentos que não ajudam fazem parte da vida de qualquer um, portanto, apresentar qualquer um deles não quer dizer que seu filho esteja com problemas. O que vai nos preocupar é a intensidade e frequência dos mesmos. Assim, quando você perceber o retorno de alguma emoção desagradável, de algum pensamento que não ajuda ou de algum comportamento que não ajuda ative as ferramentas necessárias aprendidas em terapia para controlar o problema. Estimule seu filho, não o critique. Diga a ele "nós já controlamos isso antes e somos fortes para controlar de novo, nós já conhecemos as ferramentas e o caminho para isso". Nunca diga "está voltando tudo de novo, você está ficando ruim novamente", ou coisas deste tipo.

Lembre-se você é a principal referência para seu filho, seja amoroso, paciente e atento que tudo dará certo.

Boa sorte!