

Maiara Viana Ribeiro ¹
Greici Conceição Rössler Macuglia ²
Morgani Moreira Dutra ¹

Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção

Cognitive-behavioral therapy depression in children: an intervention

RESUMO

O transtorno depressivo maior na infância tem se tornado cada vez mais comum, configurando-se, na atualidade, como alvo das principais preocupações em saúde pública. Entretanto, o interesse científico e o desenvolvimento de intervenções para tratá-lo são poucos e bastante recentes. Dessa maneira, este trabalho teve como objetivo principal desenvolver um protocolo terapêutico baseado na terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do transtorno depressivo maior em crianças de 7 a 11 anos de idade, o que foi possível pela adoção do método bibliográfico. Sua estrutura foi organizada em 20 semanas de atendimento, que equivalem a aproximadamente 6 meses de tratamento. Foram delineadas 18 sessões com a criança, 8 sessões com os pais e 3 sessões em conjunto. O tratamento engloba aspectos considerados relevantes pela literatura estudada, como psicoeducação, programação de atividades prazerosas, resolução de problemas, reestruturação cognitiva, treino em habilidades sociais e envolvimento dos pais durante todo o tratamento. Apesar das limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo, concluiu-se que a proposta pode beneficiar muitas crianças ao reduzir os prejuízos decorrentes do transtorno. Por fim, salienta-se a pretensão de desenvolver estudos posteriores capazes de avaliar a eficácia do protocolo, o que permitirá o seu aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Protocolo, Psicologia infantil, Transtorno depressivo.

ABSTRACT

Major depressive disorder in childhood has become increasingly common, being at present targeted as a major concern in public health. Notwithstanding, scientific interest and the development of interventions to treat it are few and very recent. Thus, this study aimed to develop a therapeutic protocol based on the Cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder in children ages 7 to 11, made possible by the adoption of the bibliographic method. Its structure was organized in 20 weeks of service equivalent to approximately six months of treatment. Eighteen sessions were outlined with the child, 8 sessions with its parents and three sessions together parents and child. The treatment includes aspects considered relevant by the studied literature, such as psychoeducation, programming of pleasurable activities, problem-solving, cognitive restructuring, training in social skills, and parental involvement throughout the treatment. Despite the limitations encountered in the development of this study, it was concluded that the proposal could benefit many children by reducing the losses resulting from the disorder. Finally, the intention to develop further studies is highlighted which are able to evaluate the effectiveness of the protocol, and which will allow for its improvement.

Keywords: Child psychology, Depressive disorder, Protocols.

¹ Graduação em Psicologia pela Faculdade Integrada de Santa Maria - (Psicóloga Clínica) - Santa Maria - RS - Brasil.

² Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - (Docente no Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria).

Faculdade Integrada de Santa Maria.

Correspondência:

Maiara Viana Ribeiro
Silva Jardim, nº 2229, apartamento 203, Centro,
Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
CEP: 97010-493
E-mail: maiara-viana@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 02 de setembro de 2014. cod. 297.

Artigo aceito em 07 de maio de 2015.

DOI: 10.5935/1808-5687.20130012

INTRODUÇÃO

A depressão está se tornando uma doença cada vez mais comum, caracteristicamente crônica, recorrente e familiar, cujo início ocorre, muitas vezes, durante a infância e a adolescência (Bahls & Bahls, 2003). É comum que a infância seja vista, quase que exclusivamente, como um período de descobertas, alegrias e encantamentos. Entretanto, dados provenientes de estudos epidemiológicos e da casuística clínica apontam que o transtorno depressivo maior (TDM) é uma ocorrência comum nessa faixa etária, podendo, inclusive, estar acompanhado de ideações e tentativas de suicídio (Petersen & Wainer, 2011).

Apesar disso, parece ser recente o interesse científico pelo TDM em crianças e adolescentes, pois até a década de 1970 acreditava-se que sua ocorrência fosse rara ou até mesmo inexistente nessa fase da vida. Foi somente em 1975 que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos reconheceu oficialmente a existência do TDM entre a população de crianças e adolescentes (Bahls, 2002).

Atualmente, a depressão representa uma patologia com alta e crescente prevalência na população geral e que, nas próximas décadas, poderá substituir as cardiopatias e os atuais problemas de saúde da população. Dados recentes apontam prevalência de 0,3 a 5,9% de depressão na população geral de crianças e adolescentes (Petersen & Wainer, 2011). Em consequência disso, o transtorno está se tornando uma das principais preocupações em saúde pública (Bahls S. & Bahls F., 2003).

Disso, depreende-se que a identificação e o tratamento da depressão na infância se tornam extremamente importantes, tendo em vista que essa psicopatologia está ocorrendo cada vez mais cedo e que pode apresentar continuidade na vida adulta. Entretanto, no Brasil, são poucos os estudos sobre intervenções para depressão infantil, o que destaca a relevância de desenvolver pesquisas voltadas à prática clínica nessa área. Isso viabilizaria a melhoria da saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dessas crianças, principalmente por se tratar da fase inicial da vida, que possui papel central no seu desenvolvimento, evitando, assim, que venham a enfrentar prejuízos maiores no futuro.

Uma maneira de tornar o tratamento mais efetivo pode ocorrer a partir da utilização de protocolos terapêuticos, os quais reúnem diferentes técnicas que são aplicadas a determinadas psicopatologias e buscam sua eliminação. Os principais tratamentos psicológicos realizados por meio de protocolos são baseados na terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Caminha & Caminha, 2011), porém, ressalta-se a reduzida quantidade de protocolos fundamentados nessa abordagem voltados para o tratamento do TDM na infância.

Assim, este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão teórica com uma proposta de intervenção no final, por meio do delineamento de um protocolo baseado

na TCC para o tratamento da depressão infantil. Para tal finalidade, foram descritas a definição da depressão na infância, sua sintomatologia, epidemiologia, critérios diagnósticos e avaliação, comorbidades, fatores de risco, tratamentos psicológicos, incluindo o modelo de tratamento baseado na TCC, e protocolos terapêuticos baseados nessa abordagem. Em uma segunda etapa, foram analisadas e selecionadas as técnicas que, segundo a literatura pesquisada, apresentam maior eficácia para o tratamento do TDM infantil, as quais foram adaptadas ao público em questão, quando necessário.

Para atingir os objetivos, este estudo foi delineado pelo método bibliográfico, procedimento que permite a reflexão e a descoberta de novos fatos e dados por meio do levantamento de materiais já publicados sobre o assunto (Marconi & Lakatos, 2006). Foram utilizados, além de livros sobre o tema, dissertações, teses e artigos científicos publicados de maneira completa e parcial, disponibilizados na língua portuguesa e inglesa. A busca desses materiais foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme e Scielo. Os descritores de busca utilizados foram: transtorno depressivo maior na infância; terapia cognitivo-comportamental infantil; e técnicas cognitivas e comportamentais.

A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

Os indivíduos costumam experimentar uma larga variedade de emoções e suas respostas afetivas podem assumir um caráter patológico, resultando em transtornos de humor (TH) (Bahls, 2004). Entre eles, o mais comum é o TDM (Piccoloto, Wainer, Benvegnú, & Juruena, 2000), que pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade e é “.. caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, evoluindo alterações nítidas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas” (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 155).

O diagnóstico de TDM vem aumentando de forma significativa entre crianças e adolescentes, de maneira que alguns pacientes apresentam o primeiro episódio durante os anos pré-escolares, antes da puberdade ou na adolescência (Bauer, Whybrow, Angst, Versiani, & Möller, 2009, Piccoloto et al., 2000). Percebe-se, a partir desses dados, a importância de se reconhecer os sinais e os sintomas do transtorno em crianças e, principalmente, de desenvolver um tratamento efetivo para ele (Friedberg & McClure, 2004).

EPIDEMIOLOGIA

Foi somente a partir da década de 1960 que começaram a surgir investigações no campo da psicopatologia infantil, entre os quais, o primeiro estudo sobre a prevalência da depressão infantil, que demonstrou uma taxa de 0,14% do transtorno em crianças (Baptista & Golfeto, 2000). Recentemente, porém, em revisão sobre a epidemiologia dos transtornos depressivos em crianças, encontrou-se a prevalência/ano de 0,4 a 3,0%, o que

demonstra o aumento da depressão na infância (Bahls, 2002; Curatolo & Brasil, 2005). Além disso, dados epidemiológicos dos últimos anos vêm demonstrando que a idade de início da depressão em jovens diminuiu de maneira gradativa (Petersen & Wainer, 2011).

Na infância, o primeiro episódio surge em torno dos 9 anos e costuma durar de 5 a 9 meses (Bahls, 2002; Quevedo & Silva, 2013). Quanto ao índice de recuperação, estima-se que 74% dos casos apresentam uma melhora significativa (Bahls, 2002), contudo, costuma permanecer certo grau de prejuízo psicossocial (Bahls, 2002; Petersen & Wainer, 2011) e, quanto mais precoce for o aparecimento da patologia, maior tenderá a ser o prejuízo (Bahls, 2002). Uma pesquisa realizada com 1.507 adolescentes confirmou esses dados, demonstrando que o aparecimento precoce da depressão é a forma mais perniciosa da doença, causando um impacto mais severo do que em adultos (Bahls, 2002).

Apesar de a maioria dos jovens se recuperar após o primeiro episódio, dados de estudos clínicos sugerem a probabilidade de recorrência de 20 a 60% entre 1 e 2 anos após a remissão, chegando a 70% após os 5 anos. Em pesquisas longitudinais nos Estados Unidos e na Inglaterra, foram encontradas taxas de recorrência de 60 a 74% dos casos (Quevedo & Silva, 2013).

A partir disso, percebe-se que a depressão em crianças e adolescentes possui alto risco de recorrência que se estende até a idade adulta, o que aponta a vulnerabilidade da população infantojuvenil para o transtorno (Bahls, 2002). Entretanto, apesar de existirem estudos demonstrando que o transtorno acarreta forte impacto sobre as crianças, e, mesmo sendo um problema frequente na prática clínica, ele ainda tem sido pouco diagnosticado e, por consequência, poucos pacientes recebem um tratamento eficaz (Schwan & Ramires, 2011).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Nos últimos anos, passou-se a considerar que a depressão na criança, no adolescente e no adulto emerge de forma semelhante. Assim, tomando como base o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 5ª edição (DSM-5), considera-se que os sintomas básicos do TDM são os mesmos para todas as faixas etárias, sendo o diagnóstico realizado pelos mesmos critérios (APA, 2014).

Conforme o DSM-5, o TDM caracteriza-se pela persistência de humor deprimido ou de perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, por um período mínimo de duas semanas. Entretanto, em crianças o humor pode ser irritável em vez de triste, porém, devendo ser diferenciado do padrão de irritabilidade nos casos de frustração. Além disso, o indivíduo também deve apresentar pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alteração no apetite ou no peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimento de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; e pensamentos recorrentes de morte ou

ideação suicida, bem como planos ou tentativas de suicídio. O episódio ainda deve estar acompanhado de sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014).

Apesar de o DSM-5 considerar que a manifestação clínica da depressão é similar na criança, no adolescente e no adulto, vários autores destacam a relevância das características próprias das fases do desenvolvimento, que, por sua vez, modelam as manifestações clínicas do transtorno. Assim, há grupos sintomatológicos predominantes em cada faixa etária (Bahls, 2002; Petersen & Wainer, 2011; Quevedo & Silva, 2013).

MANIFESTAÇÕES DOS SINTOMAS DA DEPRESSÃO INFANTIL

Nas crianças em idade escolar, dos 6/7 até os 12 anos, o padrão mais frequente de sintomas refere-se às dificuldades acadêmicas e aos problemas de relacionamento com os colegas (Petersen & Wainer, 2011). O rendimento escolar da criança diminui devido ao seu desinteresse, falta de concentração e dificuldades de raciocínio (Curatolo & Brasil, 2005). Algumas crianças parecem perdidas no espaço e distraídas por seus diálogos internos, por isso, a atenção e a concentração são áreas cognitivas que podem ser prejudicadas, o que pode ser percebido durante as atividades realizadas durante as sessões ou diante de problemas apresentados para completar as tarefas da terapia realizadas em casa (Friedberg & McClure, 2004).

Essas crianças também apresentam anedonia, representada pelo interesse e/ou prazer diminuídos com relação a atividades anteriormente realizadas, além de apatia e desinteresse em passar algum tempo com os amigos. Com seu contato social reduzido, passam a experimentar sentimentos de solidão, isolamento e depressão, bem como a ser rejeitadas por seus pares. Tornam-se socialmente retraídas e inábeis frente a esses estressores interpessoais, os quais são frequentes nos casos de depressão infantil (DI) (Friedberg & McClure, 2004).

O humor deprimido pode ser verbalizado por essas crianças, sendo constantemente descrito como tristeza, irritabilidade ou tédio (Bahls, 2002). Elas também podem ser descritas pelos pais como raivosas, irritáveis, facilmente aborrecidas e rabugentas. Com frequência se sentem inúteis, acreditando que nunca se sentirão melhor ou que sua vida não melhorará, e esse sentimento de inutilidade está, muitas vezes, relacionado a pensamentos suicidas e ao desejo de morrer (Friedberg & McClure, 2004).

Os estilos cognitivos e as atribuições negativas são comuns e originam generalizações e previsões de mesmo caráter, independente de as evidências mostrarem o contrário. Os eventos negativos são lembrados por muito tempo, enquanto os positivos são facilmente esquecidos. Além disso, costumam fazer interpretações negativas dos comportamentos dos outros, do ambiente e de suas experiências, reforçando sua crença de baixo valor próprio (Friedberg & McClure, 2004).

Além disso, a baixa autoestima, os pensamentos relacionados à incapacidade de ajustar-se e as crenças sobre inadequação estão, muitas vezes, presentes nesses casos. Essas crianças acham quase impossível dizer alguma coisa positiva sobre si (Friedberg & McClure, 2004). Em alguns casos, podem dizer que não merecem ter amigos ou ser felizes. Podem ainda experimentar sentimentos de culpa excessiva, aceitando inapropriadamente a responsabilidade pelos problemas dos outros. Em casos mais graves, podem expressar abertamente sua culpa sobre coisas sem nenhuma relação consigo mesmas. Também podem sentir vergonha de si mesmas, apresentando elevada autocrítica e procurando todas as oportunidades para mencionar o quão ruins são (Miller, 2003).

As crianças com DI também podem apresentar problemas como discutir e brigar com irmãos ou responder a adultos. Além disso, podem apresentar problemas alimentares e de sono, como apetite diminuído e dificuldades para adormecer ou dormir excessivamente (Friedberg & McClure, 2004). Podem apresentar, ainda, agitação, demonstrando-se inquietas, ou retardo psicomotor, agindo de forma letárgica, desmotivada e passiva (Miller, 2003).

Quando essas crianças não possuem vontade de verbalizar seu estado emocional, podem comunicar seu sofrimento por meio de queixas somáticas, relatando dores de cabeça, de estômago ou outras queixas físicas frequentemente infundadas (Friedberg & McClure, 2004). Além disso, a depressão pode tornar-se clara principalmente por meio dos conteúdos de suas fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, que constantemente apresentam temas de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocríticas e, até mesmo, morte (Bahls, 2002).

A expressão da DI na criança pode passar despercebida ou ser confundida com uma fase difícil, visto que muitas vezes a criança é criticada ou até mesmo punida por seus comportamentos considerados inadequados (Bahls, 2002). Entretanto, assim como no adulto, vem acompanhada de uma série de prejuízos nas diferentes áreas da vida que certamente acarretam consequências negativas para o desenvolvimento infantil (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

AValiação da Depressão Infantil

Nos casos de DI, o diagnóstico precoce revela-se imprescindível para o desenvolvimento efetivo do tratamento (Fernandes & Milani, 2009) e, portanto, a avaliação torna-se um componente-chave. Assim, muitos terapeutas utilizam entrevistas e instrumentos de avaliação para recolher informações e, entre eles, os mais utilizados são as medidas de autorrelato objetivo e as listagens que fornecem dados sobre a presença dos sintomas, bem como sobre sua frequência, intensidade e duração (Friedberg & McClure, 2004).

Independente do instrumento utilizado, os dados obtidos na avaliação buscam auxiliar o processo diagnóstico, facilitando o reconhecimento dos sintomas do TDM e fornecendo a base

do trabalho terapêutico (Friedberg & McClure, 2004; Schwan & Ramires, 2011). Além disso, a avaliação pode ter continuidade durante o tratamento, guiando o seu curso, como no caso das medidas de autorrelato que podem ser periodicamente readministradas para avaliar a remissão dos sintomas e a evolução do quadro clínico (Friedberg & McClure, 2004).

COMORBIDADES

A depressão “pura” em crianças e adolescentes é considerada rara, de forma que a comorbidade tende a ser a regra (Petersen & Wainer, 2011). Os transtornos depressivos em crianças e adolescentes apresentam 40% de comorbidade com transtorno de ansiedade (especialmente de separação) e 15% com transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (Bahls, 2002; Bauer et al., 2009; Fernandes & Castro, 2011; Petersen & Wainer, 2011).

Nesses casos, a prioridade no tratamento deve ser estabelecida levando em conta os objetivos traçados pela dupla terapêutica. Além disso, deve-se considerar a necessidade de sucesso em curto prazo, os padrões que impossibilitam o alcance de outras metas, a importância da meta dentro da organização cognitiva do paciente e a prioridade na crise em contraponto à prioridade de longo prazo (McKay, Abramowitz, & Taylor, 2009).

Fatores de Risco

Os fatores de risco mais descritos pelas produções científicas para o surgimento do TDM na infância incluem uso precoce de álcool, presença do TDAH, condutas parentais inadequadas, rejeição dos colegas, estressores ambientais, abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo (Bahls, 2002; Petersen & Wainer, 2011; Schwan & Ramires, 2011). Além desses, destaca-se que o fator de risco mais importante a ser considerado é a presença de depressão em um dos pais, pois a existência de histórico familiar aumenta em pelo menos três vezes o risco de a criança também desenvolver o transtorno (Bahls, 2002; Cruvinel & Boruchovitch, 2009; Calderaro & Carvalho, 2005, Petersen & Wainer, 2011; Serrão, Klein, & Gonçalves, 2007).

Tratamentos Psicológicos

Por ser uma doença grave que pode ter continuidade e recorrência na idade adulta, a intervenção psicoterapêutica nos casos de TDM infantil mostra-se imprescindível e é amplamente indicada nos casos de intensidade sintomática leve e moderada, sendo associada à psicofarmacologia nos casos mais graves (Schwan & Ramires, 2011). Algumas psicoterapias breves e estruturadas demonstram ser eficazes no tratamento da fase aguda da depressão, contudo, tendem a ser limitadas (Bauer et al., 2009).

Pesquisas demonstram que as abordagens mais eficazes no tratamento do TDM são a TCC, a psicoterapia de

orientação psicodinâmica e a psicoterapia interpessoal (Bauer et al., 2009; Schwan & Ramires, 2011). A TCC é uma modalidade de terapia que tem sido amplamente testada. Segundo autores, mais de 500 estudos científicos já demonstraram a eficácia dessa terapia para diferentes transtornos e, entre eles, o TDM (Beck, 2013; Petersen & Wainer, 2011). Existem algumas razões que justificam tal afirmação: a TCC é limitada no tempo, apresenta uma estrutura bem definida e, principalmente, faz uso de uma série de técnicas de simples aplicação, validadas pela literatura (Petersen & Wainer, 2011).

Um estudo avaliou comparativamente o tratamento oferecido a dois grupos de jovens com depressão que compareceram a atendimentos semanais, durante 10 semanas. Um grupo foi tratado com base no processo de reestruturação cognitiva e o outro recebeu atenção placebo. Constatou-se que os jovens submetidos à reestruturação cognitiva obtiveram melhora superior quando comparados aos jovens que receberam atenção placebo (Bahls, 2002).

Outro estudo randomizado com crianças e adolescentes depressivos comparou os resultados do tratamento oferecido a dois grupos no período de três meses e meio, um recebendo tratamento baseado na TCC e outro recebendo aconselhamento. Foram encontrados resultados significativamente positivos nos dois grupos, porém, mais acentuados no primeiro. Em uma revisão sistemática de 6 estudos controlados e randomizados em jovens de 8 a 19 anos encontrou-se 62% de remissão dos sintomas da depressão naqueles que se submeteram à TCC e 36% nos controles (Bahls, 2002), o que, mais uma vez, reforça a eficácia dessa abordagem no tratamento do TDM.

O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

A partir da década de 1950 houve uma crescente ênfase sobre o papel dos processos cognitivos nos transtornos psiquiátricos. O modelo cognitivo da depressão postula três conceitos-chave para explicar a doença: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Beck & Alford, 2011).

A tríade cognitiva é representada pelo conjunto de três padrões cognitivos básicos que levam o paciente a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de forma singular. Na depressão, o primeiro padrão dessa tríade inclui a negatividade atrelada à interpretação do paciente sobre suas experiências atuais. Suas interações com o ambiente costumam ser interpretadas como derrota, privação ou depreciação e ele vê a própria vida como preenchida por fardos e situações traumáticas, percebendo, além disso, o mundo como excessivamente exigente e/ou cheio de obstáculos insuperáveis para os seus objetivos de vida. Dessa forma, acredita e age como se as coisas estivessem piores do que realmente estão (Beck et al., 1997; Beck & Alford, 2011; Quevedo & Silva, 2013).

O segundo padrão inclui a visão negativa que o paciente possui de si mesmo. Ele se vê defeituoso, inadequado, indigno,

doente ou carente. Acredita que, devido a seus defeitos, é indesejável e sem valor, subestimando-se ou autocriticando-se por causa deles. Tem certeza de que carece dos atributos necessários para alcançar a felicidade e a satisfação. O último padrão da tríade cognitiva da depressão consiste na sua visão negativa do futuro. O paciente antecipa que suas dificuldades e sofrimentos atuais continuarão indefinidamente, e, quando olha para o futuro, vê uma vida de penúria, frustração e privação (Beck et al., 1997; Beck & Alford, 2011).

O paciente deprimido adota uma postura rígida e passa a ver tudo através dessa lente negativa e irrealista. A baixa autoestima, a desesperança e o sentimento de desamparo são consequências que o fazem decair em uma “vulnerabilidade cognitiva” (Quevedo & Silva, 2013). Além disso, sintomas motivacionais e físicos também são observados, assim como aumento da dependência, paralisia da vontade e desejos suicidas que podem ser compreendidos como a expressão extrema do desejo de escapar de seus problemas “insolúveis” (Beck et al., 1997).

O segundo fator importante nesse modelo são os esquemas usados para explicar o porquê de o paciente manter suas atitudes indutoras de sofrimento e autoderrotistas, apesar das evidências de fatores positivos em sua vida (Beck et al., 1997). Os esquemas são estruturas mentais que integram o ambiente social e fisiológico do indivíduo e que atribuem significado aos eventos. Eles funcionam como estruturas que filtram, codificam e avaliam os estímulos aos quais o indivíduo é submetido (Caminha M. & Caminha R., 2011). Assim, quando uma pessoa se depara com um evento específico, um esquema relacionado à circunstância será ativado e determinará o modo como ela responderá ao acontecimento (Beck et al., 1997).

Nos casos de depressão, os esquemas desadaptativos são predominantes, ao passo que os esquemas adaptativos tornam-se menos acessíveis (Caminha M. & Caminha R., 2011). Nesses casos, as interpretações do paciente sobre as situações são distorcidas para que se encaixem nos esquemas disfuncionais prevalentes. Quando a depressão é suave, o paciente é capaz de perceber seus pensamentos negativos com alguma objetividade, porém, à medida que a depressão piora, seu pensamento se torna crescentemente dominado por ideias negativas e, nos estados mais severos, pode se tornar completamente dominado por esquemas desadaptativos que passam a agir de maneira autônoma (Beck et al., 1997). Esses esquemas geram erros cognitivos que se configuram como padrões de pensamentos ilógicos no paciente, os quais compõem o terceiro componente do substrato psicológico da depressão (Beck & Alford, 2011).

PROTÓCOLOS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO INFANTIL

A depressão tem sido considerada um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo. Devido a isso, os

profissionais da área da saúde têm se interessado cada vez mais em conhecer intervenções que mostrem resultados significativos na redução dos sintomas e na prevenção de seu reaparecimento (Cardoso, 2011). Entre as intervenções psicológicas possíveis, o tratamento da DI pode ser estruturado em um protocolo terapêutico (PT).

O PT é um conjunto inclusivo e coeso de intervenções psicológicas semiestruturadas (Turra et al., 2012) disponíveis para o tratamento de determinadas psicopatologias. Sua utilização favorece a prática do psicólogo, reduzindo o tempo de planejamento do processo psicoterapêutico. A partir do desenvolvimento e da aplicação de um protocolo, torna-se possível analisar sistematicamente as evidências de eficácia do tratamento e produzir uma série de recomendações que tenham significado clínico e científico (Bauer et al., 2009).

Beck foi um dos primeiros autores da psicologia a desenvolver um PT, tarefa que se pensava impossível, mas que era essencial para a realização de avaliações controladas que verificam a eficácia do tratamento. Beck e colaboradores (1997) desenvolveram um protocolo para a depressão destinado ao público adulto, composto por 20 sessões. O tratamento envolve, basicamente, a identificação dos pensamentos relacionados à depressão, o incentivo a atividades prazerosas, a reestruturação cognitiva, o implemento de autocrítica e de respostas de enfrentamento e o treino de resolução de problemas

Especificamente para a DI, destacam-se dois modelos de PT. O primeiro é o programa *Taking Action*, de Stark e Kendal (1996), desenvolvido para o tratamento da depressão unipolar, distímia, humor depressivo e baixa autoestima em crianças de 9 a 13 anos. Esse programa baseia-se na TCC e pode ser aplicado em modalidade individual ou grupal. Visa principalmente o alívio da sintomatologia depressiva e encontra-se dividido em dois livros: o manual do terapeuta e o livro do paciente, ambos apresentando toda a estrutura do tratamento e os objetivos das sessões. Possui 18 sessões com a criança e 11 com seus familiares, englobando a educação afetiva, o treino em resolução de problemas, o treino em habilidades sociais e intervenções cognitivas.

O outro programa de tratamento 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. Contudo, vale salientar que no Brasil não existe um único protocolo terapêutico em TCC para o tratamento da DI que seja amplamente difundido ou que tenha sido adaptado para o português (Petersen & Wainer, 2011).

O protocolo de intervenção psicológica apresentado neste artigo baseia-se na TCC e tem por finalidade o alívio dos sintomas depressivos da criança. Para tanto, foram selecionadas as técnicas que, conforme a literatura, apresentam maior eficácia na remissão dos sintomas. Considera-se que as principais estratégias terapêuticas no tratamento da DI

são o incremento de atividades prazerosas, a reestruturação cognitiva, o treino em resolução de problemas, o treino em habilidades sociais, o treino de relaxamento, o incremento de habilidades de autocontrole e o treinamento de pais (Petersen & Wainer; 2011).

O tratamento foi estruturado em modalidade individual para crianças de 7 a 11 anos, incluindo os seus cuidadores no tratamento. Sua estrutura organiza-se em 18 sessões com a criança, 8 sessões com os cuidadores e 3 sessões incluindo ambas as partes, todas distribuídas em 20 semanas de atendimento com durabilidade de 50 minutos cada.

As primeiras sessões são dedicadas à avaliação da criança e as duas semanas seguintes à psicoeducação. Nas 3 semanas posteriores são programadas e executadas atividades prazerosas. Na etapa seguinte, 6 semanas são destinadas à reestruturação cognitiva da criança, compostas por técnicas específicas. Em seguida, 3 semanas são dedicadas à aplicação de técnicas de resolução de problemas, mais 3 semanas ao treino em habilidades sociais (THS) e as 3 últimas à consolidação de ganhos e finalização do tratamento. A Tabela 1 apresenta o tratamento proposto, semana a semana, detalhadamente. Para dar início ao tratamento, foram selecionadas técnicas comportamentais que ajudam a motivar a criança, já que a depressão é mantida por um decréscimo de eventos agradáveis, porém, essas técnicas também podem levar à modificação de pensamentos disfuncionais, mesmo que indiretamente. Por isso, ao aplicá-las, o terapeuta deve auxiliar a criança a identificar e contestar seus pensamentos negativos, ajudando-a a testar sua validade (Bahls, 2003). Nesse sentido, o programa de atividades prazerosas configura-se como uma defesa valiosa contra a anedonia, o retraimento social e a fadiga (Beck et al., 1997; Friedberg & McClure, 2004; Petersen & Wainer, 2011).

A modificação da cognição é central em todos os tratamentos baseados na TCC, porém, nesse caso, essa intervenção também é fundamental devido aos altos índices de recorrência do TDM. Com a utilização das técnicas de reestruturação cognitiva, pretende-se modificar os pensamentos disfuncionais da criança deprimida, entre os quais, os mais frequentes estão ligados a crenças de inutilidade, à culpa e ao baixo valor próprio, bem como a previsões negativas sobre suas experiências. Além disso, essas técnicas visam ensinar a criança a responder de forma autônoma a seus pensamentos, sem a ajuda do terapeuta (Friedberg & McClure, 2004; Miller, 2003).

As técnicas de resolução de problemas foram incluídas no tratamento devido à presença de indecisões (APA, 2014) e de dificuldades de raciocínio (Curatolo & Brasil, 2005) nos casos de DI e têm como finalidade ensinar a criança a tomar decisões diante de situações que parecem sem solução. Considerando que problemas psicossociais normalmente estão relacionados ao transtorno, e que, mesmo após a recuperação costumam permanecer prejuízos nessa área, também foi incluído o THS. Assim, as técnicas incluídas no treino têm por objetivo auxiliar

Tabela 1. Proposta de intervenção para o TDM na infância.

Protocolo de TCC para depressão infantil			
Sessões iniciais			
Sessões	Objetivos	Técnicas	Tarefas
Em média cinco sessões.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer <i>rapport</i>; • Avaliação do paciente; • Conceitualização cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventário de depressão infantil (<i>children depression inventory - CDI</i>) de Kovacs (1992), traduzido por Hutz e Giacomoni (2000) e disponível em Giacomoni (2002). • Inventário de comportamentos para crianças ou adolescentes (<i>child behavior checklist - CBCL</i>) de Achenbach (1991), a partir da qual foi realizado um estudo preliminar por Bordin e colaboradores (2013); • Diagrama de conceitualização cognitiva (Beck, 2013). 	
Sessões de tratamento			
Semana	Objetivos	Técnicas	Tarefas
1ª semana - sessão com os pais.	• Psicoeducação.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre a TCC (Stallard, 2008, 2010); • Psicoeducação sobre a DI (Bunge, Gomar, & Mandil 2012); • Explicação sobre a importância do reforço positivo (Caminha M. & Caminha R., 2011); • Explicação sobre a utilização da tarefa de casa (Caminha M. & Caminha R., 2011). 	
1ª semana - sessão com a criança.	• Psicoeducação sobre a TCC.	<ul style="list-style-type: none"> • O primeiro livro da criança sobre psicoterapia (Nemiroff & Annuziata, 1995). 	• Diário de atividades (Bunge et al., 2012).
2ª semana - sessão com a criança.	• Psicoeducação sobre a DI.	<ul style="list-style-type: none"> • Livros: "Eu tinha um cão negro: seu nome era depressão", de Johnstone (2008), ou "O que é depressão: um guia para crianças que convivem com pessoas deprimidas", de Borchard (2013). 	• Diário de atividades (Bunge, Gomar & Mandil, 2012).
3ª semana - sessão com a criança	• Programa de atividades prazerosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de atividades prazerosas por meio de um calendário semanal com as atividades que ela gostaria de realizar (Friedberg & McClure, 2004). 	• Realizar as atividades determinadas durante a sessão.
4ª semana - sessão em conjunto com os pais e a criança.	• Organizar a rotina da criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar a rotina da criança (Petersen & Wainer, 2011). 	<ul style="list-style-type: none"> • Para a criança: Diário de atividades (Bunge et al., 2012). • Para os pais: Folheto "estímulos para pais" (Friedberg, McClure, & Garcia, 2011).
5ª semana - sessão com a criança.	• Psicoeducar a criança sobre emoções.	<ul style="list-style-type: none"> • Baralho das emoções (Caminha M. & Caminha R., 2010) ou dicionário emocional (Stallard, 2011). 	• Diário de atividades (Bunge et al., 2012).
5ª semana - sessão em conjunto com os pais e a criança.	• Economia de fichas.	<ul style="list-style-type: none"> • Montagem da técnica de economia de fichas (Bunge et al., 2012). 	
6ª semana - sessão com a criança.	• Demonstrar a ligação entre pensamentos, emoções e comportamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica "cesta de pensamentos-sentimentos" (Friedberg & McClure 2004). 	• Registro de pensamentos disfuncionais (RPD).

Continuação Tabela 1.

6ª semana - sessão com os pais.	• Rever o andamento das técnicas.	• Rever andamento da técnica de economia de fichas e a rotina da criança.	
7ª semana - sessão com a criança	• Trabalhar cognições.	• Técnica “coroa do pensamento” (Friedberg et al., 2011).	• RPD.
7ª semana - sessão com os pais.	• Rever andamento das técnicas e os sintomas da criança.		
8ª semana - sessão com a criança.	• Trabalhar cognições.	• Técnica “jogue longe” (Friedberg et al., 2011).	• Completar cartões que sobraram da sessão; • RPD.
8ª semana - sessão com os pais	• Rever andamento das técnicas e os sintomas da criança.		
9ª semana - sessão com a criança.	• Ensinar a criança a identificar distorções cognitivas.	• Técnica “doze truques sujos que sua mente prega em você” (Friedberg et al., 2011).	• Diário encontre o truque sujo (Friedberg et al., 2011).
9ª semana - sessão com os pais.	• Rever andamento das técnicas e os sintomas da criança.		
10ª semana - sessão com a criança.	• Ensinar a criança a responder seus pensamentos disfuncionais.	• Técnica “limpe o seu pensamento” (Friedberg et al., 2011).	• Diário limpe seu pensamento (Friedberg et al., 2011).
11ª semana - sessão com a criança.	• Ajudar a criança a reconhecer que está no controle de seus comportamentos, pensamentos e emoções.	• Técnica “motorista de ônibus” (Friedberg et al., 2011).	• Planilha conversa suja (Friedberg et al., 2011).
12ª semana - sessão com a criança.	• Rever escore de depressão e iniciar técnicas de resolução de problemas.	• Reaplicar o CDI; • Técnica de resolução de problemas (Stallard, 2011).	• Qual solução devo escolher? (Stallard, 2011).
12ª semana - sessão com os pais.	• Revisar sintomas e explicar nova etapa do tratamento.	• Reaplicar CBCL;	
13ª semana - sessão com a criança.	• Resolução de problemas.	• Técnica “Luz, câmera, ação!” (Petersen & Wainer, 2011).	• Qual solução devo escolher? (Stallard, 2011).
14ª semana - sessão com a criança.	• Finalizar as técnicas de resolução de problemas.	• Criar juntamente com a criança um painel para a resolução de problemas. A criança deverá colar o painel em seu quarto e utilizá-lo quando tiver dificuldade em resolver algum problema.	• Começar a utilizar seu painel de resolução de problemas.
15ª semana - sessão com a criança.	• Treino de habilidades sociais.	• Amostra dos direitos humanos básicos (Caballo, 2003), • Guia “o modo como decidimos as coisas” (Bunge et al., 2012).	• Praticar o que foi aprendido em suas situações cotidianas.
15ª semana - sessão com os pais.	• Explicar a nova etapa do tratamento e revisar a utilização da resolução de problemas e os sintomas da criança.		
16ª semana - sessão com a criança.	• Treino de habilidades sociais.	• Utilizar situações específicas que a criança tenha vivido e realizar ensaio comportamental (Caballo, 2003).	• Praticar o que foi aprendido em suas situações cotidianas.
17ª semana - sessão com a criança.	• Treino de habilidades sociais.	• Utilizar situações específicas que a criança tenha vivido e realizar ensaio comportamental (Caballo, 2003).	• Praticar o que foi aprendido em suas situações cotidianas.
18ª semana - sessão com os pais.	• Informar os pais sobre o espaçamento das sessões e o término do tratamento.		

Continuação Tabela 1.

18ª semana - sessão com a criança.	<ul style="list-style-type: none">• As sessões passam a ser quinzenais, tendo por finalidade consolidar os ganhos e finalizar o tratamento. Durante as sessões de manutenção, a criança será encorajada a generalizar suas novas habilidades e refletir sobre as mudanças ocorridas ao longo do tratamento. Ela também deve ser ajudada a planejar o que fazer caso algum problema surja, para que assim as mudanças positivas sejam mantidas (Stallard, 2008).	<ul style="list-style-type: none">• “O primeiro livro da criança sobre psicoterapia”, explicando a ela o espaçamento das sessões e o final da terapia (Nemiroff & Annuziata, 1995);	
• Lista do “antes e depois”, utilizada para avaliar o que foi alcançado (Bunge et al., 2012).	<ul style="list-style-type: none">• Anotar possíveis dúvidas que surgirem no decorrer dos quinze dias, referentes às técnicas utilizadas durante o tratamento.	<ul style="list-style-type: none">• Nesta sessão, deverá ser criado, junto com a criança, um cartaz onde ela faça desenhos que representem as técnicas aprendidas durante o tratamento. Isto servirá como uma estratégia para que relembre o processo de aprendizado. Pede-se a ela que, enquanto desenha, relate quando poderá utilizar cada técnica (Bunge et al., 2012).	<ul style="list-style-type: none">• Anotar possíveis dúvidas que surgirem no decorrer dos quinze dias, referentes às técnicas utilizadas durante o tratamento.
19ª semana - sessão com a criança.	<ul style="list-style-type: none">• Continuar consolidando ganhos.	<ul style="list-style-type: none">• Nesta sessão, o terapeuta, juntamente com os pais, deverá dar criança um certificado de conclusão do tratamento, enfatizando aquilo que foi conquistado pela criança no decorrer das sessões (Bunge et al., 2012).	
20ª semana - sessão em conjunto com os pais e a criança.	<ul style="list-style-type: none">• Finalizar o tratamento.		

a criança deprimida no relacionamento com seus pares, minimizando esses prejuízos (Friedberg & McClure, 2004; Petersen & Wainer, 2011).

As sessões finais são dedicadas à consolidação dos ganhos alcançados durante o tratamento. Para atingir tais objetivos, as técnicas incluídas destinam-se a revisar tudo o que foi aprendido ao longo do processo terapêutico e a enfatizar as mudanças que ocorreram no mesmo processo, tirando as dúvidas da criança. Entretanto, ressalta-se que não só no final, mas durante todo o tratamento, a criança precisa ser estimulada a aprender as técnicas e a realizá-las de forma autônoma, pois um dos principais objetivos da TCC é que o paciente possa ser seu próprio terapeuta (Beck, 1997; Knapp & Beck, 2008).

Por fim, os pais ou cuidadores foram incluídos no tratamento com a finalidade de que sejam orientados e informados sobre o seu andamento e, além disso, para que possam contribuir com a melhora da criança. Vistos como peças fundamentais para a efetividade do tratamento, eles são chamados às sessões e psicoeducados em todas as etapas do tratamento, sendo solicitados a auxiliar a criança em suas tarefas de casa e a participar ativamente de todo o processo terapêutico.

As semelhanças e diferenças entre o protocolo proposto neste trabalho e os outros três modelos propostos podem ser visualizadas na Tabela 2. Existem variâncias quanto à modalidade de aplicação dos protocolos, ao público-alvo, à faixa etária, ao número de sessões e à inclusão dos pais no tratamento infantil. Os objetivos de todos os modelos são semelhantes, afinal, destinam-se ao mesmo propósito e são baseados na mesma abordagem teórica. Entretanto, as únicas intervenções que se fazem presentes em todos eles são a reestruturação cognitiva e o treino de resolução de problemas.

Em defesa ao PT aqui proposto, enfatiza-se que algumas intervenções incluídas não estão presentes nos demais modelos apresentados, o que destaca a ampliação de sua abrangência frente à complexa sintomatologia manifestada pelos pacientes. Como se observa, o PASSET não inclui o THS e o tratamento proposto por Beck A., Rush, Shaw e Emery o inclui apenas diante da necessidade do paciente. Além disso, o *Taking Action* não inclui atividades prazerosas na rotina da criança, mesmo considerando que essa intervenção é fundamental no tratamento da DI.

Tabela 2. Trabalhos correlatos.

<i>Taking Action</i> de Stark e Kendall (1996)	<i>Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression (PASCET)</i> de Weisz e colaboradores(2003)	Protocolo de Beck e colaboradores (1997)	Proposta desenvolvida por Ribeiro (2014)
PÚBLICO-ALVO			
Crianças de 9 a 13 anos.	Jovens de 8 a 15 anos.	Adultos.	Crianças de 7 a 11 anos.
MODALIDADE			
Individual ou grupal.	Individual.	Individual.	Individual.
NÚMERO DE SESSÕES			
18 com a criança e 11 com os pais.	14 sessões com o jovem e 3 com os pais.	20 com o paciente.	18 sessões com a criança, 8 com os pais e 3 em conjunto.
OBJETIVOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Educação afetiva; • Treino em resolução de problemas; • Treino em habilidades sociais; • Intervenções cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolução de problemas; • Atividades prazerosas; • Calma para trabalhar a ansiedade associada à depressão; • Confiança; • Talentos para melhora da autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamentos; • Incentivar atividades prazerosas; • Reestruturar cognições; • Implementar autocrítica e repostas de enfrentamento; • Resolução de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação; • Atividades prazerosas; • Reestruturação cognitiva; • Resolução de problemas; • THS; • Consolidação de ganhos e finalização do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão vem sendo descrita por muitos autores como uma doença incapacitante, porém, devido ao fato de não conseguirmos vê-la, ela tende a não ser considerada em sua real gravidade. O mesmo acontece quando se fala em DI. O interesse pela temática ainda é bastante recente, fato que é comprovado pela constatação do pequeno número de estudos dedicados ao desenvolvimento de intervenções destinadas ao seu tratamento. Essa problemática pode ser percebida em estudos de autores como Bahls (2002), Bahls S. e Bahls F. (2003), Curatolo e Brasil (2005), Fernandes e Castro (2011), Petersen e Wainer (2011) e Schwan e Ramires (2011).

Corroborando essas afirmações, um estudo de Almeida e Neto (2003) sobre o uso da TCC na prevenção de recaídas e recorrências depressivas constatou que o impacto da depressão vem sendo subestimado, apesar de existirem pesquisas demonstrando os efeitos devastadores da doença em todo o mundo. Além disso, os autores ressaltam que a depressão foi a 4ª maior causa de incapacitação no mundo em 1997 e que as projeções para as próximas décadas são ainda mais expressivas, apontando a necessidade, entre outras medidas, da disponibilidade de terapias psicológicas seguras e efetivas.

Isso reforça a necessidade do desenvolvimento de um PT para o tratamento de crianças depressivas, haja vista seus benefícios. Durante a realização desta pesquisa, percebeu-se a limitação da literatura brasileira relativa à temática, de forma que poucos foram os materiais científicos disponíveis discorrendo

sobre a TCC aplicada à DI. Grande parte dos estudos brasileiros discorre sobre o TDM de maneira geral sem se aprofundar sobre as peculiaridades relativas à TCC. Outra barreira encontrada diz respeito à reduzida quantidade de estudos brasileiros específicos sobre a prática da TCC infantil, já que a maior parte deles está disponível em língua estrangeira ou possuem restrição de acesso. Ademais, ainda esbarrou-se na inexistência de protocolos para DI desenvolvidos no Brasil e na inacessibilidade aos modelos de tratamento disponíveis em outros idiomas.

Apesar das limitações encontradas, foi possível atender ao objetivo inicial de, a partir de uma revisão teórica sobre a DI, apresentar uma proposta interventiva. Dessa maneira, foi delineado um PT de 29 sessões voltadas ao tratamento da DI, distribuídas em 20 semanas de atendimento e compostas por técnicas que apresentam evidências de eficácia. Acredita-se que os resultados apresentados representam relevante contribuição à prática clínica e à sociedade, considerando tanto o seu alcance profissional quanto as suas implicações benéficas à saúde e à qualidade de vida da população de crianças que sofrem com a DI.

Por fim, destaca-se a importância de dar continuidade à pesquisa por meio da realização de estudos experimentais capazes de avaliar a sua eficácia e apontar a necessidade de adaptações e melhorias relativas à sua capacidade de remissão sintomática, essenciais ao seu aperfeiçoamento para utilizações futuras. Com a eficácia devidamente comprovada, este protocolo poderá apresentar-se muito útil por tratar-se de um instrumento prático, confiável e de simples aplicação, afora os benefícios já destacados.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont.
- Almeida, A., & Neto, F. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 239-244.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, 359-366.
- Bahls, S. (2004). A depressão em crianças e adolescentes e o seu tratamento. São Paulo: Lemos Editorial.
- Bahls, S., & Bahls, F. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e adolescência. *Revista Estudos de Psicologia PUC-Campinas*, 20, 25-34.
- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000, Setembro/Outubro). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n5/artigos/art253.htm>
- Bauer, M., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M., & Möller, H. (2009). Diretrizes da World Federation of Societies Biological Psychiatry (WFSBP) para o tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: Tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 17-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000800001>
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão: Causas e tratamento* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Borchard, T. (2013). *O que é depressão? Um guia para crianças que convivem com pessoas deprimidas*. São Paulo: Paulus.
- Bordin, I., Rocha, M., Paula, C., Teixeira, M., Achenbach, T., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) e Teacher's Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 13-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2012). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Aportes técnicos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caballo, V. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Calderaro, R., & Carvalho, C. (2005). Depressão na infância: Um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10, 181-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200004>
- Caminha, M., & Caminha, R. (2010). *O baralho das emoções* (4. ed.). Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, M., & Caminha, R. (2011). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Cardoso, L. R. D. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento*, 29, 479-489.
- Curatolo, E., & Brasil, H. (2005). Depressão na infância: Peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Jornada Brasileira de Psiquiatria*, 54, 170-176.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. *Psicologia em Pesquisa*, 3, 87-100.
- Fernandes, A., & Milani, R. (2009, outubro). A depressão infantil e a autoeficácia: Influências no rendimento escolar. Artigo apresentado no VI encontro internacional de produção científica Cesumar, Maringá, Paraná, Brasil.
- Fernandes, G., & Castro, P. F. (2011). Avaliação da incidência de sintomas depressivos em alunos de 1º a 4º série do ensino fundamental, a partir do inventário de depressão infantil (CDI). *Revista Saúde*, 5, 21-41.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Friedberg, R., McClure, J., & Garcia, J. (2011). *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e instrumentos para avaliação* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2000). Adaptação brasileira do inventário de depressão infantil (CDI). Manuscrito não publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Johnstone, M. (2008). *Eu tinha um cão negro seu nome era depressão*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2006). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas.
- McKay, D., Abramowitz, J., & Taylor, S. (2009). *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: turning failure into success*. Washington: American Psychological Association.
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para depressão infantil*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Nemiroff, M., & Annunziata, J. (1995). *O primeiro livro da criança sobre psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, C., & Wainer, R. (2011). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.
- Piccoloto, N. M., Wainer, R., Benvegnú, P., & Juruena, M. (2000, Março/Abril). Curso e prognóstico da depressão: Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n2/art93.htm>
- Quevedo, J., & Silva, A. (2013). *Depressão: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Ribeiro, M. V. (2014). Terapia cognitivo comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade integrada de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Schwan, S., & Ramires, V. R. (2011). Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 29, 457-468.
- Serrão, F., Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: Que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12, 257-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000200014>
- Stallard, P. (2008). Bons pensamentos - bons sentimentos: Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Stallard, P. (2011). *Guia do terapeuta para os bons pensamentos - bons sentimentos*. Porto Alegre: Artmed.
- Stark, K., & Kendall, P. (1996). *Taking action: A workbook for overcoming depression*. Ardmore: Workbook Publishing Inc.
- Turra, V., Almeida, F. F., Doca, F., & Costa, A. L. (2012). Protocolo de atendimento psicológico em saúde orientado para o problema. *Psico*, 43, 500-509.
- 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.