RBTCC
e-ISSN: 1982-3541
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva
ABPMC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Avaliação de intervenção cognitivo-comportamental para sintomatologia depressiva e ansiosa em crianças e adolescentes

Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for depressive and anxiety symptoms in children and adolescents

Evaluación de una intervención cognitivo-conductual para los síntomas depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes

RESUMO: Terapia de Regulação Infantil (TRI) trabalha o modelo cognitivo de ansiedade/depressão em crianças e adolescentes. A etapa T foca em emoções, a R em pensamentos e a I em comportamentos. Está adaptada para a realidade brasileira, desenvolve habilidades e tem participação dos responsáveis. Objetivo deste estudo é avaliar o efeito da TRI em crianças e adolescentes de 8 a 12 anos, quanto à medida de sintomas de ansiedade, depressão e à tríade cognitiva. Estudo quantitativo e retrospectivo com pré e pós-teste aos 18 participantes. Instrumentos utilizados: *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, Inventário de Depressão Infantil e Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças. Resultados: efeito positivo no self negativo ($p = 0,021$; $d = 1,32$), com diminuição de crenças negativas sobre si, após a etapa R ($\beta = -2,10$, $p = 0,015$) e I ($\beta = -2,29$, $p = 0,021$), quando ambas foram comparadas com o pré-teste. Houve efeito significativo também em negatividade após a etapa R ($\beta = -3,45$, $p = 0,045$). Não houve efeito sobre sintomas ansiosos e depressivos. A regulação da tríade cognitiva apresenta relação com desenvolvimento saudável na adultez. Estudos futuros podem investigar a regulação de emoções através do TRI.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Crianças; Depressão; Ansiedade.

ABSTRACT: Terapia de Regulação Infantil (TRI) is based on the cognitive model of anxiety/depression in children and adolescents. The T phase focuses on emotions, the R phase on thoughts, and the I phase on behaviors. It is adapted to the brazilian context, promotes skill development, and includes caregiver participation. This study aimed to evaluate the effects of TRI in children aged 8 to 12 years, focusing on anxiety/depression symptoms and the cognitive triad. It is a quantitative, retrospective study with pre and post-tests involving 18 participants. The instruments used were: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Children's Depression Inventory, and Children's Cognitive Triad Inventory. Results: a positive effect was found on negative self ($p = 0.021$; $d = 1.32$), with a reduction in negative beliefs about the self after the R phase ($\beta = -2.10$, $p = 0.015$) and the I phase ($\beta = -2.29$, $p = 0.021$), when both were compared to the pre-test. A significant effect was also observed on negativity after the R phase ($\beta = -3.45$, $p = 0.045$). No significant effects were found for anxiety or depressive symptoms. Cognitive-triad regulation contributes to healthier development in adulthood, and future studies may explore emotion regulation promoted through TRI.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Child; Depression; Anxiety.

Camila Alves de Amorim [1]
Ana Irene Fonseca Mendes [1]
Isabela Maria Freitas Ferreira [1]
Diego Costa Lima [1]
Rodrigo Giacobo Serra [1]
Marina Gusmão [1]
Renato Caminha [1]
Carmem Beatriz Neufeld [1]

[1] Universidade de São Paulo

Correspondente
* camorim@usp.br

Dados do Artigo
DOI: 10.31505/rbtcc.v27i1.2057
Recebido: 09 de Janeiro de 2025
1º Decisão: 16 de Dezembro de 2025
Aprovado: 30 de Março de 2026
Publicado: 08 de Maio de 2026
Editor-Chefe: Dr. Fábio Henrique Baia
Editor Associado: Carollina Guilhermino
Editor Adjunto: Fabiane Ferraz Silveira Fogaça
Estagiário: Lucas Medeiros de Paula

Declaração: Os autores CAA, AIFM, IMFF, DCL, MG, RC e CBN declaram não ter nenhum conflito de interesses.

Como citar este documento
Amorim, C. A., Mendes, A. F., Ferreira, I. M. F. S., Lima, D. C., Serra, R. G., Gusmão, M., Caminha, R. & Neufeld, C. B. (2025). Avaliação de intervenção cognitivo-comportamental para sintomatologia depressiva e ansiosa em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 27, 233-248. https://doi:10.31505/rbtcc.v27i1.2057

OPEN ACCESS
É permitida a distribuição, remixe, adaptação e criação a partir deste trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

RESUMEN: La terapia de regulación infantil (TRI) trabaja con el modelo cognitivo de ansiedad/depresión en niños y adolescentes. La etapa T se centra en las emociones, la R en los pensamientos y la I en los comportamientos. Está adaptada a la realidad brasileña, desarrolla habilidades y participa en dos respuestas. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto del TRI en niños y adolescentes de 8 a 12 años, en medida de síntomas de ansiedad, depresión y depresión cognitiva. Estudio cuantitativo y retrospectivo con 18 participantes previos y posteriores. Instrumentos utilizados: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, Inventario de Depresión Infantil e Inventario de la Tríada Cognitiva para Niños. Resultados: efecto positivo no self negativo ($p = 0,021$; $d = 1,32$), con disminución de creencias negativas sobre sí mismo después de la etapa R ($\beta = -2,10$, $p = 0,015$) y de la etapa I ($\beta = -2,29$, $p = 0,021$), cuando ambas se compararon con el pretest. También hubo un efecto significativo en la negatividad después de la etapa R ($\beta = -3,45$, $p = 0,045$). No se observó efecto sobre los síntomas ansiosos y depresivos. La regulación de la tríada cognitiva se relaciona con un desarrollo saludable en la adultez. Estudios futuros podrían investigar la regulación de las emociones a través del TRI.

Palabras clave: Terapia Cognitiva Conductual; Niños; Depresión, Ansiedad.

Dados epidemiológicos mostram que entre 10% e 20% das crianças no mundo apresentam sintomas de transtornos psicológicos, especialmente ansiedade e depressão. No Brasil, estudos de coorte indicam prevalência de 13,2% de transtornos psicológicos em crianças de 6 a 7 anos, com ansiedade (8,8%) e depressão (1,3%) como quadros frequentes. A incidência de depressão infantil pode aumentar com a idade, chegando a 13% em crianças de 9 a 10 anos (Costa, 2023). Quando não tratados, esses sintomas podem gerar prejuízos no desenvolvimento, incluindo problemas no relacionamento social e familiar, dificuldades escolares, risco de transtornos mais graves na adolescência, além de risco de cronicidade dos sintomas na vida adulta (Lima, Costa, Pasinato, & Mosmann, 2024).

Programas internacionais de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm sido utilizados no tratamento da ansiedade e depressão infantojuvenil, embora a maioria seja criada para outros países e aplicada no Brasil sem adaptações culturais. Entre eles, o PASCET, voltado ao tratamento da depressão infantil, mostrou redução significativa dos sintomas em comparação ao tratamento tradicional (Ribeiro et al., 2013; Weisz et al., 2003). O programa FRIENDS, de caráter preventivo, também parece efetivo na redução de sintomas ansiosos e depressivos, utilizando psicoeducação, reestruturação cognitiva e regulação emocional (Antoniutti et al., 2019; Barret, Webster & Turner, 2000). Já o Coping Cat, usado no tratamento da ansiedade infantil, mostra-se efetivo em diferentes países (Kendall, 1992), sendo o único entre os citados com adaptações culturais para o Brasil, realizada por Gauy (2011).

A Terapia de Regulação Infantil (TRI), formulada por Caminha e Caminha (2013), é um programa de tratamento para ansiedade e depressão elaborado por profissionais brasileiros, para crianças e adolescente, com base na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A sigla TRI representa o nome do programa, bem como forma um acrônimo que representa as etapas da terapia: Trabalhe suas emoções; Recicle seus pensamentos; Inove seus comportamentos. Em cada uma das etapas, um dos conceitos do modelo cognitivo é trabalhado. (Caminha et al., 2016; Antoniutti et al., 2019).

Nas sessões T, são introduzidos os conceitos de emoções "agradáveis" e "desagradáveis" de sentir, ao invés de "positivas" e "negativas". Em média 6 sessões são separadas para essa primeira etapa (Caminha et al., 2017). Nas sessões R, são trabalhos os pensamentos e cognições que não ajudam. Pode-se enfrentar alguns desafios devido à

complexidade da psicoeducação sobre reestruturação cognitiva, sobretudo com crianças menores. O programa possui instrumentos para tornar esta etapa mais compreensível nesses casos, como um baralho com imagens ao invés de palavras. São utilizadas em 4 quatro sessões (Caminha et al., 2017).

As sessões I levam em média 10 encontros, e nelas são trabalhados conceitos como bem-estar; assertividade; habilidades sociais; resolução de problemas; e técnicas de relaxamento. Nesse momento também é realizada a prevenção de recaída (Caminha et al., 2016; Caminha et al., 2017). São utilizados em todas as etapas instrumentos facilitadores da comunicação, sendo o Baralho das Emoções; Baralho dos Pensamentos; e Baralho dos Comportamentos. Também é utilizado durante o programa o "Meu caderno de terapia" para trabalhar conceitos de maior complexidade (como é o caso da etapa R), através de imagens e ludicidade (Caminha et al., 2017; Heinen et al., 2019).

A TRI vem sendo estudada na sua forma preventiva, e em formato grupal: programa preventivo Terapia de Regulação Infantil (TRI-P). A TRI-P objetiva desenvolver competências emocionais e sociais nas escolas. Heinen, Souza, Deluca, Gusmão e Oliveira (2022) utilizaram delineamento quasi-experimental com avaliação pré e pós teste em 28 crianças de 7 a 9 anos, em ambiente escolar. Os instrumentos utilizados foram as escalas Social Skills Rating System para avaliar habilidades sociais e comportamentos inadequados e Emotional Regulation Checklist, para averiguar a regulação emocional das crianças. Os resultados após o TRI-P apontam diminuição nos níveis de problemas de comportamento, bem como aumento de escores de regulação emocional e habilidades sociais.

Uma vez que os resultados da TRI-P parecem promissores, espera-se que os resultados da TRI clínica também o sejam. A TRI parece ser a primeira intervenção clínica original com crianças e adolescentes sensível ao contexto brasileiro, uma vez que foi criada para essa população. Ainda é importante considerar-se que a depressão e ansiedade são prevalentes entre crianças e adolescentes, podendo apresentar-se em comorbidade (Fu-I & Boarati, 2023); enquanto a maior parte dos estudos sobre intervenções para saúde mental sensíveis à população são com adultos (Hernandez et al., 2020). Neste sentido, o objetivo deste trabalho é avaliar o efeito da TRI em crianças e adolescentes de 8 a 12 anos, quanto à medida de sintomas de ansiedade, depressão e à avaliação da tríade cognitiva.

Método

Delineamento

O delineamento se configurou em um estudo quantitativo, retrospectivo, quase-experimental com pré e pós-teste dos participantes. A amostra de conveniência foi composta por crianças e adolescentes cujos responsáveis buscaram espontaneamente atendimento em um serviço-escola. A ausência de grupo controle decorre tanto de limitações éticas quanto institucionais, uma vez que o serviço tem como finalidade o atendimento clínico à comunidade, não sendo possível negar ou postergar tratamento para fins de pesquisa. Esse tipo de delineamento é comumente empregado em estudos preliminares de avaliação de intervenções clínicas, uma vez que permite a investigação inicial de efeitos ao longo do tempo em contextos aplicados, ainda que não possibilite inferências causais robustas.

Participantes

Foram incluídos na amostra os dados referentes aos atendimentos de 18 crianças e adolescentes de 8 a 12 anos, inscritos no serviço-escola de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, com queixa principal de

sintomas de ansiedade e/ou de depressão. Totalizaram 9 meninas e 9 meninos, sendo a média de idade 9,38 (DP=1,24). O critério de inclusão foi serem crianças e adolescentes com problemas de comportamento e/ou humor. Os critérios de exclusão foram crianças e responsáveis que não responderam após o primeiro contato para início dos atendimentos.

Instrumentos

Os dados foram obtidos através da aplicação dos instrumentos descritos a seguir:

(1) Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – SCARED (Birmaher et al., 1997). O SCARED foi desenvolvido originalmente por Birmaher et al. (1997) e adaptado para a população brasileira por Isolan et al. (2011). O instrumento analisa sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes de 9 a 18 anos. É autoaplicável e em escala likert, com 41 itens divididos em cinco subescalas que avaliam transtorno do pânico; transtorno de ansiedade generalizada; ansiedade de separação; fobia social; e ansiedade escolar. O instrumento possui boa consistência interna (α de Cronbach=0,871) e em estudos na população brasileira, demonstrou propriedades psicométricas adequadas (Isolan et al., 2011; Acosta, 2009).

(2) Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1992). Este inventário autoaplicável, proposto por Kovacs (1992), acessa sintomas depressivos entre crianças e adolescentes de 7 a 17 anos. No Brasil, o CDI foi adaptado para a população brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Os 27 itens, distribuídos em escala likert, descrevem sintomas clássicos da depressão (chorar, tristeza, desesperança) assim como manifestações da depressão no contexto familiar e escolar (não ter amigos, se sentir um fardo para sua família, decair seu desempenho na escola). O instrumento tem sido considerado o questionário mais amplamente usado para populações infanto-juvenis. Em estudos de consistência interna, o CDI obteve índice de $\alpha = 0,91$ (Alfa Cronbach), demonstrando aceitáveis parâmetros psicométricos (Kovacs, 2015; Coutinho et al., 2008).

(3) Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças – ITC-C (Kaslow et al., 1992). O instrumento foi elaborado originalmente por Kaslow et al. (1992), e adaptado para a população brasileira por Teodoro, Froeseler, Almeida e Ohno (2015). O instrumento é autoaplicável, investigando a tríade cognitiva negativa em crianças e adolescentes de 9 a 16 anos, incluindo 36 itens que avaliam as visões de self, mundo e futuro do participante. "Eu faço bem muitas coisas diferentes", "o mundo é um lugar muito malvado" e "não tenho nenhuma expectativa quando eu ficar mais velho" são itens que exemplificam as visões de self, do mundo e do futuro, respectivamente. Por meio de uma escala likert, os participantes indicam se as afirmações descritas representam ou não seus pensamentos. Foram encontrados índices aceitáveis de consistência interna ($0,61< \alpha >0,75$) (Froeseler et al., 2023; Kaslow et al., 1992; Teodoro et al., 2015; Teodoro et al., 2016).

Intervenção

A pesquisadora principal deste artigo atuou como avaliadora independente, não estando envolvida na coleta dos dados nem na oferta da intervenção. De acordo com padrões de avaliação, como Clarifying the concept of external evaluation (ISQua), a figura do avaliador independente é usada para garantir a imparcialidade da análise dos dados (ISQua, 2021). Ademais, o uso de avaliadores independentes pode garantir qualidade para a prática em pesquisa e práticas dentro de instituições (Ofir, Z., Schwandt, T., Acevedo, M., & Feinstein, O., 2022). Os Método pré e pós teste após cada etapa da intervenção, utilizando os instrumentos descritos acima. O tratamento possui também a participação

dos pais em sessões específicas, com feedbacks e orientações frequentes. Abaixo estão descritas as etapas da intervenção e quais sessões se referem a cada uma delas, bem como os objetivos traçados para cada um dos encontros.

Tabela 1. *Etapas para realização do programa TRI: Trabalhe suas emoções; Recicle seus pensamentos; Inove seus comportamentos.*

SESSÃO	OBJETIVOS
1ª Sessão com os Pais	Formulação do Caso; Psicoeducação sobre o TRI e emoções
1ª Sessão com a criança (Etapa T)	Identificar as dificuldades atuais e estabelecer metas
2ª Sessão com a criança (Etapa T)	Apresentar as emoções secundárias e a árvore das emoções
3ª Sessão com a criança (Etapa T)	Construção do RPD com base nas emoções e sensações no corpo
4ª Sessão com a criança (Etapa T)	Revisão da Tarefa de RPD; Início dos exercícios de Empatia
5ª Sessão com a criança (Etapa T)	Revisão do Afetivograma; Continuar os Exercícios de Empatia
6ª Sessão com a criança (Etapa T)	Prateleira T da Farmácia TRI; Discriminação das emoções:
2ª Sessão com os pais (Etapa R)	Feedbacks do processo; Psicoeducação sobre a próxima etapa
7ª Sessão com a criança (Etapa R)	Psicoeducação sobre pensamentos
8ª Sessão com a criança (Etapa R)	Repete o uso do Baralho; Máquina da Reciclagem; Orientação dos Pais sobre uso da máquina de reciclagem e cartões SOS em casa.
9ª Sessão com a criança (Etapa R)	Emoções agradáveis de sentir: máquina da difusão e cartão SOS
10ª Sessão com a criança (Etapa R)	Equilibrar as emoções agradáveis e as desagradáveis de sentir.
3ª Sessão com os pais (Etapa I)	Feedbacks do processo; Psicoeducação sobre a próxima etapa
11ª Sessão com a criança (Etapa I)	Baralho dos comportamentos; Psicoeducação de comportamentos
12ª Sessão com a criança (Etapa I)	Comportamentos que ajudam x comportamentos que não ajudam
13ª Sessão com a criança (Etapa I)	Comportamentos que ajudam x comportamentos que não ajudam
14ª Sessão com a	Comportamentos que ajudam x comportamentos que não ajudam

criança (Etapa I)	
15ª Sessão com a criança (Etapa I)	Modificar comportamentos que não ajudam
16ª Sessão com a criança (Etapa I)	Modificar comportamentos que não ajudam
17ª Sessão com a criança (Etapa I)	Exercícios e técnicas de relaxamento
18ª Sessão com a criança (Etapa I)	Exercícios e técnicas de relaxamento
19ª Sessão com a criança (Etapa I)	Farmácia de comportamentos; Prevenção de recaída
20ª Sessão com a criança (Etapa I)	Farmácia de comportamentos; Prevenção de recaída; feedback para pais

Procedimentos de coleta de dados

Os terapeutas que aplicaram o programa foram estagiários (terapeutas iniciantes) no 4º e 5º ano de psicologia e estudantes de pós-graduação stricto sensu (terapeutas experientes), que receberam treinamento sobre a TRI e passaram por supervisões semanais. A aplicação da TRI ocorreu em um serviço-escola da universidade, do curso de psicologia.

O treinamento e coleta de dados ocorreu nos anos de 2016, 2017 e 2018, organizado e aplicado pelos autores do programa. O treinamento totalizou 16h, sendo desde explicações da teoria que embasa o TRI, até apresentação dos materiais (Caderno TRI e baralhos) e como os aplicar. Além disso, os estagiários também receberam treinamento de 40h de conteúdo relacionado à TCC, oferecido anualmente para todos os estagiários do laboratório.

O atendimento das crianças se iniciava com a anamnese dos pais e entrega dos termos obrigatórios do serviço. Após isso, as sessões usando a TRI se iniciavam, sendo em média 20 sessões, de frequência semanal de 50 minutos. Em relação aos instrumentos aplicados, as crianças passavam por uma testagem inicial, antes da intervenção, e eram testadas novamente ao final de cada etapa do programa, totalizando 4 testagens ao fim dos atendimentos. Os procedimentos de ética em pesquisa foram realizados de acordo com a legislação nacional, Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanas (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2016) sob o número CAAE 51289321.3.0000.5407.

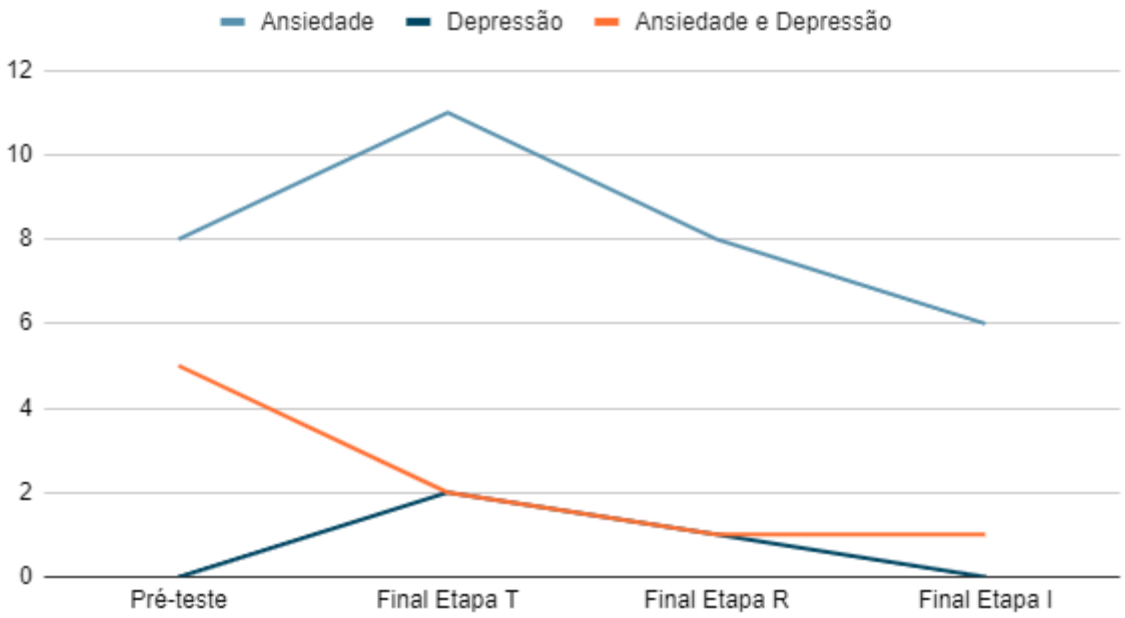
Resultados

As médias da pontuação no CDI da amostra foram: 10,27 (DP 6,95) após a etapa T; 11,16 (DP 2,63) após a etapa R; e 7,6 (DP 5,71) após a etapa I. As notas de corte do CDI diferem de acordo com sexo e idade, sendo 14 para meninos e 16 para meninas de 7 a 12 anos (Kovacs & Preiss, 1992). No SCARED, as médias foram: 31,6 (DP 11,18) após a etapa T; 28,4 (DP 9,14) após a etapa R; e 25,5 (DP 11,2) após a etapa I. Para o SCARED, escores iguais ou acima de 25 podem indicar Transtornos de ansiedade (Birmaher et al., 1997).

Nenhuma criança foi tratada com queixas de depressão inicial unicamente; porém, houve casos de crianças unicamente com queixas de ansiedade. Quando havia presença de sintomas depressivos, estavam em comorbidade com sintomas ansiosos.

Em relação à incidência de escores clínicos durante as três fases do programa em ansiedade, depressão e ansiedade e depressão juntas, nota-se algumas diferenças. A figura abaixo apresenta o gráfico da evolução dos escores clínicos medidos pelos instrumentos CDI e SCARED entre o pré-teste e a testagem final.

Figura 1. *Variação de escores clínicos da amostra no pré-teste, após a etapa T (foco em emoções), após a etapa R (foco em pensamentos) e após a etapa I (foco em comportamentos)*



Durante a etapa R, houve diminuição na quantidade de participantes pontuando tanto em ansiedade e depressão, enquanto que os sintomas separadamente aumentaram. Ao se analisar a intervenção como um todo, nota-se diminuição em relação à etapa T de todos os escores, com exceção de uma criança que pontuou significativamente em sintomas depressivos ao final da intervenção.

Em relação ao ITC-C, os resultados da estatística descritiva mostram mudanças entre as médias de cada um dos fatores, em relação ao início e ao final do tratamento. Quando não há mudança, o escore se mantém como o do início (não houve piora). O fator que mais mostrou diferença durante a intervenção foi "Negatividade", que diminuiu 4 pontos na média entre etapa T e etapa I. A média na etapa R foi de 29,27 (DP 7,94), passando para 25,64 (DP 7,46) após o final da etapa I. O fator negatividade comporta os itens que analisam os fatores "*self* negativo", "mundo negativo" e "futuro negativo" somados (Kaslow et al., 1992).

Foram realizados modelos a partir de Estimação de Equações Generalizadas (EEG; *Generalized Estimated Equations*) aferidas a partir do método de Máxima Verossimilhança Restrita. A escolha pelo GEE ocorreu, pois o mesmo corresponde a um método de análise que fornece resultados mais confiáveis, em amostras pequenas com desenhos longitudinais que possuem dados ausentes (de Melo et al., 2022). O n inicial do estudo foi de 18 participantes respondendo ao pré-teste; esse n diminuiu para 11 durante o pós-teste. Essa perda se referiu a desistência de alguns participantes, ou não retorno após o fim da intervenção para realizar a última testagem.

Na análise, a partir das medidas em quatro

momentos (pré-teste, após a intervenção T, após a intervenção R e após a intervenção I), foi observado efeito significativo do tempo na medida de *self* negativo (p = 0,021), conforme apresentado na Tabela 2. A análise dos efeitos univariados mostrou efeito significativo após a intervenção R (β = -2,10, p = 0,015) e I (β = -2,29, p = 0,021), quando ambas foram comparadas com os resultados do pré-teste do *self* negativo. Ainda, houve efeito significativo na medida de negatividade na comparação da avaliação realizada após a intervenção R (β = -3,45, p = 0,045) confrontado ao pré-teste. Destaca-se que, os valores de β, na presente análise, representam as diferenças entre as médias dos tempos. Isso ocorre uma vez que a estimativa é realizada par a par levando em consideração o pré-teste em comparação.

Análises do tamanho de efeito (d de Cohen; Soper, 2023) foram realizadas entre as medidas pré-teste (antes das intervenções) e pós-teste (após o TRI) para todas as variáveis medidas. Os resultados são apresentados na Tabela 2, juntamente com as médias e desvios-padrão. Conforme classificação apresentada por Cohen (1988), tamanhos de efeitos pequenos foram observados na maioria das comparações, com exceção da medida de self negativo, que apresentou um tamanho grande de efeito (d = 1,32).

Tabela 2. *Análise de estimação de equações generalizadas (β) do efeito da intervenção ao longo do tempo (pré-teste como referência), intercepto (média estimada do desfecho no grupo de referência), médias, desvios-padrão e tamanho do efeito entre pré-teste e pós-teste.*

Medidas	Estimativa β	Erro Padrão	IC inferior 95%	IC superior 95%	p	Momento	N	Média	Desvio Padrão	d de Cohen
CDI						Pré-teste	18	10,28	7,16	0,32
Intercepto	9,82	1,30	7,26	12,37	< 0,001	Pós-teste	12	8,17	6,00	
T	0,89	1,55	-2,14	3,92	0,568					
R	-1,95	1,58	-5,04	1,14	0,224					
I	-0,80	1,77	-4,27	2,68	0,656					
Scared						Pré-teste	18	31,67	11,50	0,39
Intercepto	28,23	2,00	24,32	32,15	< 0.001	Pós-teste	12	27,00	12,67	
T	-3,22	2,92	-8,95	2,51	0,276					
R	-4,69	2,98	-10,53	1,14	0,122					
I	-5,82	3,34	-12,36	0,73	0,088					
ITCC Self Positivo						Pré-teste	18	15,17	1,65	0,17
Intercepto	15,21	0,32	14,58	15,85	< 0,001	Pós-teste	12	15,50	2,20	
T	-0,83	0,57	-1,94	0,28	0,148					
R	0,72	0,58	-0,41	1,85	0,217					
I	0,30	0,64	-0,96	1,56	0,644					
ITCC Self Negativo						Pré-teste	18	9,89	3,77	1,32
Intercepto	8,72	0,60	7,55	9,89	< 0,001	Pós-teste	11	7,64	1,96	
T	-0,28	0,81	-1,87	1,32	0,735					
R	-2,10	0,83	-3,72	-0,47	0,015					
I	-2,29	0,96	-4,17	-0,41	0,021					
ITCC Mundo Positivo						Pré-teste	18	16,17	1,42	0,07
Intercepto	15,90	0,28	15,36	16,45	<0,001	Pós-teste	12	16,08	1,16	

T	-0,78	0,46	-1,68	0,12	0,097					
R	-0,32	0,47	-1,24	0,59	0,492					
I	0,04	0,52	-0,99	1,06	0,940					
ITCC Mundo Negativo						Pré-teste	18	10,28	2,76	0,10
Intercepto	10,48	0,62	9,26	11,70	<0,0001	Pós-teste	12	10,58	3,00	
T	0,67	0,59	-0,49	1,82	0,264					
R	-0,54	0,60	-1,72	0,64	0,371					
I	0,70	0,68	-0,63	2,03	0,310					
ITCC Futuro Positivo						Pré-teste	18	16,06	1,98	0,39
Intercepto	16,23	0,31	15,63	16,84	<0,0001	Pós-teste	12	16.83	1,95	
T	-0,72	0,70	-2,10	0,66	0,310					
R	0,67	0,72	-0,73	2,07	0,352					
I	0,76	0,79	-0,80	2,31	0,346					
ITCC Futuro Negativo						Pré-teste	18	9,11	2,85	0,36
Intercepto	8,62	0,54	7,56	9,69	<0,001	Pós-teste	12	8,08	2,91	
T	−3.71e−16	0,63	-1,24	1,24	1,000					
R	-1,04	0,65	-2,31	0,23	0,115					
I	-0,91	0,73	-2,33	0,52	0,218					
ITCC Positividade						Pré-teste	18	47,39	2,97	0,28
Intercepto	47,33	0,61	46,13	48,52	<0,0001	Pós-teste	12	48,42	4,29	
T	-2,33	1,39	-5,05	0,39	0,100					
R	1,05	1,41	-1,71	3,82	0,458					
I	1,04	1,56	-2,02	4,10	0,510					
ITCC Negatividade						Pré-teste	18	29,28	7,95	0,41
Intercepto	27,89	1,63	24,69	31,09	< 0,001	Pós-teste	12	26,17	7,37	
T	0,39	1,64	-2,82	3,60	0,813					
R	-3,45	1,67	-6,72	-0,18	0,045					
I	-2,50	1,88	-6,19	1,19	0,191					

Nota: T = Trabalhe suas emoções; R = Recicle seus pensamentos; I = Inove seus comportamentos; ITCC = Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças.

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito da TRI em crianças e adolescentes de 8 a 12 anos de idade, em relação aos sintomas de ansiedade, depressão e à avaliação da tríade cognitiva. Na estatística inferencial utilizando o EEG, o impacto da intervenção TRI não foi significativo nas medidas de sintomas de ansiedade e depressão. Em relação à estatística descritiva, com as medidas de escores clínicos da amostra (pontuação no SCARED e na CDI acima da nota de corte dos mesmos), houve aumento de crianças pontuando clinicamente para Ansiedade e para Depressão isoladamente. Este aumento não ocorreu nas medidas de escore clínico para Ansiedade e Depressão juntas. O aumento foi percebido especificamente após a realização da Etapa T, primeira parte da intervenção e momento em que são trabalhadas as emoções.

Embora as análises inferenciais não tenham identificado reduções estatisticamente significativas nos sintomas de ansiedade e depressão, esses achados devem ser interpretados com parcimônia - especialmente considerando o tamanho reduzido da amostra, a perda amostral ao longo das intervenções

e a natureza heterogênea dos participantes. Em contextos clínicos, mudanças relevantes podem não alcançar significância estatística, mas ainda assim representar ganhos funcionais importantes, tais como redução da intensidade dos sintomas, melhor reconhecimento emocional e maior repertório de enfrentamento. Estes aspectos foram relatados qualitativamente pelos responsáveis de alguns dos participantes nas sessões de feedback com os responsáveis.

Ademais, Beck (2021) discorre sobre a possibilidade de o processo terapêutico estimular a criança a aprender sobre si mesma, estimulando o autoconhecimento sobre as emoções desencadeadas a partir de cognições específicas. Uma possível explicação para esse aumento nos escores clínicos de sintomas é justamente o efeito da intervenção sobre emoções. Eventos diários que crianças e adolescentes experimentam podem ativar emoções e respostas fisiológicas, que influenciam seus comportamentos, performance acadêmica e relações sociais. Os vários desafios que as crianças vivem, tais como bullying, conflitos familiares, necessidades psicopedagógicas e dificuldades entre pares, exigem repertório de regulação emocional específico, mas não necessariamente ensina às crianças os recursos necessários para o desenvolver (Santos et al., 2020; Bahman & Maffini, 2008).

Damasio (2017), apresenta a teoria das emoções primárias e secundárias, bem como a relação entre os sistemas cerebrais e a forma como as pessoas expressam emoções. O autor define emoções como fenômenos fisiológicos de duração relativamente curta, com o envolvimento de três sistemas: sistema estriado, sistema endócrino e sistema límbico. Este último teria o papel de modular descargas hormonais envolvidas nesse processo. Estas descargas seriam responsáveis pelas diferentes reações fisiológicas que são sentidas em diversos locais do corpo, sendo percebidas pelos indivíduos de maneiras diferentes. A regulação das emoções parte inicialmente do reconhecimento e nomeação dessas reações percebidas (Caminha & Caminha, 2016; Tomaz & Giugliano, 1997).

As medidas de ansiedade e depressão foram realizadas a partir de dois instrumentos de autorrelato, ou seja, as crianças respondem sobre elas mesmas. Tendo o aumento dos escores clínicos ocorrido a posteriori à intervenção sobre emoções, há a possibilidade de que as crianças passaram a nomear de forma mais assertiva as reações fisiológicas e experiências somáticas que viviam, atrelando tais sensações a categorias de emoções específicas. Não houve diminuição de sintomatologia, mas sim uma descrição mais acurada da realidade - sendo esta, inclusive, a primeira etapa do trabalho de regulação emocional (Caminha & Caminha, 2016; Caminha, & Caminha, 2017).

Outra possibilidade seria o nível de alcance dos instrumentos utilizados para medir ansiedade e depressão. O CDI é o inventário mais utilizado em depressão na infância e adolescência (Reynolds et al., 1985; Fristad et al., 1997), e possui as melhores avaliações de dados normativos (Kendall et al., 1989). O SCARED foi e continua sendo um instrumento bastante utilizado para identificar ansiedade em crianças e adolescentes (Arab et al., 2016; Birmaher et al., 1997), com resultados de Hale et al. (2011) em uma meta análise sobre boa consistência interna do instrumento. Os dois são bons *screening* de sintomas ansiosos e depressivos, porém, possuem algumas especificidades e limitações.

Segundo Fristad, Emery e Beck (1997), o CDI não é um instrumento com o objetivo de realizar um diagnóstico ou levantar dados a respeito do curso do quadro depressivo. Para compreender como os sintomas aparecem e suas idiossincrasias, é necessária a realização de entrevistas estruturadas e

múltiplos instrumentos de medidas clínicas (Kendall et al., 1989). Runyon, Chesnut e Burley (2018) analisaram o SCARED como uma escala adequada de *screening* para sintomas ansiosos em crianças e adolescentes. Os autores sugerem estudos futuros sobre sua acurácia em diagnosticar, contudo, transtornos de ansiedade. Até a data de sua publicação, não havia estudos suficientes para uma revisão sistemática sobre o poder diagnóstico do instrumento (Runyon et al., 2018).

Desta forma, os instrumentos investigam a ocorrência e gravidade dos sintomas, sem atrelar a sintomatologia às situações vivenciadas pela criança no ambiente escolar, familiar e entre pares. Tais contextos poderiam explicar e dar mais elementos para a análise do que está gerando e mantendo determinada sintomatologia, bem como se é algo situacional ou se tem um curso de desenvolvimento na vida da criança (Costa et al., 2021).

Uma vez que o atual estudo objetiva analisar os dados quantitativos obtidos nos atendimentos (coletados através dos instrumentos acima), não há informações de seus desdobramentos. O curso no tempo da sintomatologia não abrange os elementos obtidos através de entrevistas (contexto em que o sintoma aparece, se aparece sempre nessa mesma situação, quando não ocorre a sintomatologia). Em relação ao impacto da intervenção na tríade cognitiva das crianças e adolescentes, a estatística EEG apontou para efeito de melhora na tríade como um todo (ou seja, concepções de *self*, os outros/o mundo, e o futuro mais positivas) ocorrendo após a aplicação da etapa R. Nesse momento, já havia sido trabalhado o conteúdo de emoções, e o tema mais recente na intervenção foram os pensamentos da criança. O efeito de melhora na percepção do *self*, especificamente, perdura até o final da intervenção, na realização da etapa I.

Segundo o modelo cognitivo tradicional, a interpretação do indivíduo em relação a Si Mesmo, ao Mundo/aos Outros e ao Futuro tem relação com o início e manutenção da depressão - a relação entre estas três interpretações foi definida como Tríade Cognitiva (Beck, 1976). A tríade cognitiva negativa leva a pessoa a considerar que a vida é ruim, que não há valor nela mesma e não há motivo para viver. Esses são sintomas importantes que contribuem para a depressão ser considerada como um fator de risco significativo para ideação suicída (Wenzel et al., 2009). Ao se analisar os escores clínicos nos instrumentos CDI e SCARED durante o pré-teste (Figura 1), nota-se que a sintomatologia principal dos participantes era de ansiedade. Sintomas depressivos tiveram a tendência de serem comórbidos com sintomas ansiosos. Investigações prospectivas têm mostrado que transtornos de ansiedade tendem a preceder sintomas depressivos nos jovens, o que pode explicar a comorbidade (Beesdo et al., 2007).

Segundo a meta análise de Beck e Perkins (2001), há correlação entre a tríade cognitiva e sintomas depressivos em adultos, mas não é tão claro qual o papel dos componentes da tríade cognitiva para explicar sintomas depressivos em crianças. Braet, Wante, Beveren e Theuwis (2015), em um estudo utilizando o instrumento ITC-C, mostram que pensamentos relacionados à tríade cognitiva já possuem relevância na infância. No estudo, a tríade cognitiva explicou 43,5% da variação dos sintomas depressivos na amostra de 10 a 15 anos, tendo as correlações entre o ITC-C e sintomas depressivos entre 0,56 e 0,65. Os achados de Kaslow et al. (1992) já sinalizavam para estes resultados, uma vez que as correlações entre o ITC-C e sintomas depressivos em uma amostra também de 10 a 15 anos foram entre 0,47 e 0,51.

Entretanto, os sintomas depressivos parecem ser influenciados por mais de uma variável. A ansiedade apresentada concomitantemente à depressão pode explicar parte significativa dos

sintomas depressivos (Braet et al., 2015). Esta pode ser uma das razões pelas quais a depressão foi mais percebida na amostra junto de sintomatologia ansiosa do que separada.

Em termos de medidas de sintomas, a redução de sintomas depressivos e ansiosos não foi significativa a partir da aplicação do TRI pelas análises estatísticas. Houve, contudo, relatos de diminuição da frequência de episódios de ansiedade ou diminuição da intensidade com a qual estes aconteciam por parte dos responsáveis de alguns dos participantes. Pode-se hipotetizar que a manifestação da ansiedade foi alterada, a partir da percepção dos responsáveis, ao longo da intervenção (porém, este resultado não ficou claro na análise quantitativa, apenas dos dados qualitativos).

Ademais, uma vez que o *self* negativo, componente da tríade cognitiva, apresentou melhora, pode-se dizer que a TRI promove resultados positivos cognitivos, não havendo melhora comportamental percebida quantitativamente. Com o objetivo de promover mudanças comportamentais, além das cognitivas, o programa TRI poderia ser revisto em sua etapa final (Inove seus Comportamentos). Toro-Tobar, Grajales-Giraldo e Sarmiento-López (2016) afirmam que pessoas com desesperança, visão negativa de Si Mesmos, do Mundo/dos Outros e do Futuro (tríade) tem maior possibilidade de experimentarem pensamentos de morte, em comparação com indivíduos que não possuem tais interpretações na tríade cognitiva (Toro-Tobar et al., 2016; Wenzel et al., 2009).

Sabe-se que a tríade cognitiva está associada com sintomas depressivos na infância e na adolescência (Berghuis et al., 2020; Braet et al., 2015). Os autores Marchetti, Possel e Koster (2021) demonstraram que a tríade cognitiva é um fator de vulnerabilidade forte para sintomas de ansiedade na adolescência, em comparação com outros fatores de risco psicológicos. Uma vez que tais psicopatologias possuem risco de cronicidade na adultez se não tratadas, entende-se que o efeito da TRI ainda é positivo no curso da doença. Uma vez que o programa provoca diminuição em cognições negativas da tríade, atua diretamente em um forte fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de interpretações negativas associadas a ansiedade e depressão - mostrando, inclusive, o caráter preventivo da TRI (Berghuis et al., 2020; Silva et al., 2018).

Em relação aos componentes específicos da tríade, a intervenção TRI mostrou resultados positivos para *self* negativo, elemento que compõe as cognições acerca de Si mesmo na tríade cognitiva. Uma vez que a medida *self* negativo apresentou um tamanho de efeito grande (d = 1,32), pode-se dizer que o programa é efetivo para regular as cognições negativas em relação a Si Mesmo em crianças. O efeito significativo do tempo na medida de *self* negativo (p = 0,021) apareceu após a Etapa R e após a finalização da intervenção. A Etapa R trabalha diretamente com os pensamentos da criança ou adolescente sobre Si, o Mundo/os Outros e o Futuro - através do baralho dos pensamentos e da máquina da reciclagem.

Segundo Beck (1976), quando um indivíduo experimenta situações de estresse, seu sistema de crenças ativa vieses cognitivos - formas negativas que não ajudam a pessoa a perceber a realidade. Como resultado, visões negativas, e muitas vezes irreais, passam a preponderar. Visões negativas de Si Mesmo (elemento da tríade em que a TRI se mostrou mais efetivo) envolvem se perceber como inadequado, sem valor ou difícil de amar. Tais interpretações podem resultar em decepção e culpa, contribuindo para inabilidade em realizar tarefas ou fazer planos presentes e/ou futuros (Beck et al., 1979). Por isso, intervir em aspectos cognitivos pode gerar mudanças comportamentais futuras.

Parece haver melhora dos três componentes da tríade cognitiva logo após o trabalho com Pensamentos - por isso a diminuição na medida de Negatividade. Contudo, esse efeito parece não se manter no tempo, uma vez que apenas as crenças negativas sobre Si Mesmo apresentam melhora até o final da intervenção. Uma sugestão para pesquisas futuras seria a realização de um estudo de acompanhamento dos participantes de intervenções utilizando o TRI, a fim de investigar o quão duradouro é o efeito do programa na diminuição do *self* negativo.

Do ponto de vista clínico, a ausência de significância estatística em algumas medidas, especialmente na redução de sintomas de depressão e ansiedade, não invalida a relevância dos achados, sobretudo em um estudo preliminar realizado em serviço-escola. A diminuição expressiva de crenças negativas sobre si, associada a relatos de melhora funcional percebida pelos responsáveis, indica que a intervenção pode exercer efeito protetivo, mesmo quando mudanças nos sintomas globais não são detectadas pelos instrumentos de autorrelato.

Contudo, uma limitação do presente estudo foi sua realização com crianças e adolescentes de um serviço-escola. Devido aos pacientes serem em sua maioria de classe social baixa, muitos estando em situação de vulnerabilidade e com dificuldades financeiras, questões como o transporte e assiduidade ao atendimento foram afetadas. Ademais, alguns pacientes desistiram do tratamento devido ao valor da locomoção até a universidade e disponibilidade de tempo. Houve ainda evasão após a primeira melhora percebida pelos pais em relação às queixas sobre a criança.

Devido a tais obstáculos, o n inicial deste estudo (participantes que responderam o pré-teste) foi 18, e o n final (participantes que responderam o pós-teste) foi 11. Uma das formas de acessar como as crianças chegaram em termos de sintomatologia clínica seria analisar estatisticamente apenas as crianças que pontuaram com escores clínicos iniciais e, em outro grupo, as que não pontuaram escores clínicos iniciais. Porém, a amostra inicial de 18 sujeitos já foi analisada com métodos específicos de amostras pequenas e com *missings*. Dividir a amostra seria inviável, uma vez que ficaria pequena a ponto de não haver poder estatístico para a análise (de Melo et al., 2022). Ademais, por não haver um grupo controle de comparação, o presente estudo não seria generalizável mesmo que o n fosse maior.

Considerações Finais

Este estudo apresentou os resultados da aplicação do programa TRI para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade e depressão. Os resultados obtidos pelas análises sugerem várias hipóteses ao estudo. Algumas delas devem ser levadas em consideração, tais como: a estrutura do programa pode beneficiar mais os participantes com maior desenvolvimento cognitivo e sem problemas psicopedagógicos; o programa parece apresentar maior efeito na regulação das crenças sobre si e na psicoeducação sobre emoções; o ambiente sociocultural em que as crianças estão inseridas influencia diretamente o efeito da intervenção; e a necessidade de reavaliação da estrutura do programa aplicado.

Como sugestão para pesquisas futuras, poderia ser desenvolvida a versão adaptada da TRI para crianças e adolescentes de contextos socioeconômicos diversos, ou com problemas de aprendizagem. Também pode ser sugerido aos autores do programa que revisem a etapa I (comportamentos). Nesse sentido, mudanças comportamentais poderiam ser melhor percebidas nos participantes. Outra sugestão seriam estudos que avaliem diferenças se a aplicação da intervenção por terapeutas experientes e terapeutas iniciantes altera os resultados obtidos nos participantes.

A realização de estudo futuro com análise dos dados em relação a um grupo de comparação é promissora. Um *follow-up* com os 18 participantes deste estudo também pode ser indicado. O objetivo seria avaliar se os efeitos se mantêm ao longo do tempo. Este estudo abre novas perspectivas para pesquisas futuras que contribuam para o aprimoramento da TRI e de intervenções clínicas para ansiedade e depressão infantojuvenil. Espera-se ter colaborado para tal área, a partir de um olhar crítico a entender as demandas enfrentadas pela juventude em seus diversos contextos.

Referências

Acosta, J. R.; Salum Junior, G. A.; Isolan, L. R.; Tocchetto, A; G.; Kieling, C. C.; Sperb, E. M. G.; Pereira, M. H.; Silva Júnior, E. A.; Teche, S. P.; Dreher, C. B. & Manfro, G. G. (2009). Propriedades psicométricas da Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders versão infantil (SCARED-C) em uma amostra comunitária de escolares de Porto Alegre. In *Anais da 29ª Semana Científica Do Hospital De Clínicas De Porto Alegre*. Revista HCPA. http://hdl.handle.net/10183/23769

Antoniutti, C. B. P., Lima, C. M. D., Heinen, M., & Oliveira, M. D. S. (2019). Protocolos psicoterapêuticos para tratamento de ansiedade e depressão na infância. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 10-18. 10.5935/1808-5687.20190004

Arab, A., Keshky, M. E., & Hadwin, J. A. (2016). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in a non-clinical sample of children and adolescents in Saudi Arabia. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 554-562.

Bahman, S., & Maffini, H. (2008). *Developing Children's Emotional Intelligence*. Continuum.

Barrett, P. M., Webster, H., & Turner, C. (2000). FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual, Australian Academy Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, J. (2021). *Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática* (3nd ed). Artmed.

Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 651-663.

Beesdo. K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B. Hofler, M., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2007) Social anxiety disorder: patterns of incidence and secondary depression risk. *European Neuropsychopharmacol.* 17(4), 511–512. 10.1016/S0924-977X(07)70788-5

Berghuis, K. J., Pössel, P., & Pittard, C. M. (2020) Perceived discrimination and depressive symptoms: Is the cognitive triad a moderator or mediator? *Child Youth Care Forum* 49(4), 647–660. https://doi.org/10.1007/s10566-019-09537-1

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. https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018

Braet, C., Wante, L., Van-Beveren, M., & Theuwis, L. (2015) Is the cognitive triad a clear marker of depressive symptoms in youngsters? *European Child Adolesc Psychiatry*, 24, 1261–1268.

Caminha, R. M., Caminha M. G. & Finger, I. R. (2016). A terapia de reciclagem infantil e seus fundamentos. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Neufeld, C. B., Rangé, B. & Falcone, E. (Orgs.) *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitiva-Comportamental: Ciclo 1*. (pp 53-75). Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Caminha, R. M.; Caminha, M. G. (2013). Modelo T.R.I. de intervenção na infância. In Neufeld, C. B; Sardinha, A. (Orgs.) *Anais do IX Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*. Federação Brasileira de Terapias Cognitivas.

Caminha, R.M., Caminha, M.G., & Finger, I.R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. Em R. M. Caminha, M. G. Caminha, & C. A. Dutra. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*, Novo Hamburgo: Sinopsys, (pp. 399- 413).

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ:

Lawrence Earlbaum Associates.

Costa, S. T. (2023). Estudo epidemiológico multicêntrico de fissuras palatinas (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas.

Costa , C., V., Ticló, S. S., Ferreira-Carvalho, R. , Delgado , R. M., Lobarinhas, M. J., Teixeira, G., Sousa, M. C., Cordovil, C., Henriques, S.,…. & Goldschmidt, T. (2021). Avaliação de Sintomas Psiquiátricos Durante o Confinamento no Contexto da Pandemia COVID-19 numa População Clínica Pedopsiquiátrica. Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental, 7(1), 9–21.

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

Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas*. Temas e debates — Círculo dos leitores.

de Melo, M. B., Daldegan-Bueno, D., Menezes Oliveira, M. G., & de Souza, A. L. (2022). Beyond ANOVA and MANOVA for repeated measures: Advantages of generalized estimated equations and generalized linear mixed models and its use in neuroscience research. *European Journal of Neuroscience*, 56(12), 6089– 6098. https://doi.org/10.1111/ejn.15858

Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the children's depression inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 699–702. https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.699

Froeseler, M. V. G.; Souza, R. S. B.; Rodriguez, S. I. N., Teodoro, M. L. M. (2023). Processo de desenvolvimento e propriedades psicométricas da versão abreviada do Inventário de Pensamentos Automáticos Negativos e Positivos para Adolescentes (IPANPA-30). Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 19, pp. 43-52. 10.5935/1808-5687.20230033

Fu-I, L., & Boarati, M. A. (2023). Transtornos do Humor na Infância e Adolescência. Artmed Editora.

Gauy, F. V. (2011). Treino de terapeutas-estagiários no atendimento de crianças ansiosas [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia]. Catálogo USP. 10.11606/T.47.2011.tde-17042012-104758

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., de Almeida, H. J. F., & de Andrade Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil—CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345–349.

Hale., W., Crocetti, E., Raaijmakers, Q.W., & Meeus, W., (2011). A meta-analysis of thecross-cultural psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED). J. *Child Psychol. Psychiatry*. 51, 80–90. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02285.x

Heinen, M., da Fonseca, C. C. R., Guarisse, V., & da Silva Oliveira, M. (2019). Intervenção baseada em um protocolo de terapia cognitivo comportamental: um relato de experiência com crianças no ambiente escolar. *Aletheia*, 52(2). 10.29327/226091

Heinen, M., Souza, K. R. V., Deluca, V., Gusmão, M., & Oliveira, M. S. (2022). Protocolo preventivo da terapia de regulação infantil: estudo piloto no ambiente escolar. *Psico*, 52(4), 1-12. dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.35289

Hernandez, M. E. H., Waller, G., & Hardy, G. (2020). Cultural adaptations of cognitive behavioural therapy for Latin American patients: unexpected findings from a systematic review. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(57), 10.1017/S1754470X20000574

International Society for Quality in Health Care. (2021). Clarifying the concept of external evaluation (White Paper, E. J. van Vliet, J. Stewart & C. Engel, eds.). ISQua

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. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.015

Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R., & Ling Tsai, S. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology,* 21(4), 339-347. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_3

Kendall, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. (1989). Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. *Cognitive Therapy and Research*. 13, 109–146

Kendall, P. C. (1992). Cognitive-Behavioral Therapy for anxious children: therapist manual.

Workbook Publising.

Kovacs, M. (2015). Children's depression inventory (CDI and CDI 2). *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-5. https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp419

Kovacs, M., & Preiss, M. (1992). *CDI. Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.

Lima, M. O. F. F., Costa, C. B., Pasinato, L., & Mosmann, C. P. (2024). Sintomas de ansiedade e depressão na infância.

Marchetti, I., Pössel, P., & Koster, E. H. (2021) The architecture of cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescence: a longitudinal network analysis study. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 49, 267–281. https://doi.org/10.1007/s10802-020-00733-5

Neufeld, C. B., Godoi, K., Rebessi, I. P., Maehara, N. P. & Mendes, A. I. F. (2018). Programa de Orientação de Pais em Grupo: Um estudo exploratório na abordagem Cognitivo-Comportamental. *Psicol. Pesqui.* 12(3), 1-11. https://doi.org/10.24879/2018001200300500

Neufeld, C. B., Maehara, N. P., Cassiano, M., & Daolio, C. C. (2012). Programa de orientação de pais (PROPAIS I) baseado na abordagem cognitivo-comportamental: uma perspectiva de intervenção complementar à psicoterapia individual infantil. In *Programa e Resumos*. Ribeirão Preto: FFCLRP-USP. http://sites.ffclrp.usp.br/lapicc/anais/IIJoTCC.pdf

Ofir, Z., Schwandt, T., Acevedo, M., & Feinstein, O. (2022). Research Quality Plus (RQ+) Assessment Instrument (IDRC). International Development Research Centre.

Reynolds, W. M, Anderson, G., & Bartell, N. (1985). Measuring depression in children: A multimediod assessment investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 13, 513-526

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. http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130012

Runyon, K., Chesnut, S. R., & Burley, H. (2018). Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. *Journal of affective Disorders*, 240, 220-229. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.049

Santos, K. A., Ong, E., & Resurreccion, R. (2020). Therapist vibe: children's expressions of their emotions through storytelling with a chatbot. In Proceedings of the Interaction Design and Children Conference (IDC '20). *Association for Computing Machinery*, 483–494. https://doi.org/10.1145/3392063.3394405

Silva, E. F., Teixeira, R. D. C. P., & Hallberg, S. C. M. (2018). Prevalência de depressão na adolescência: uma consulta a prontuários de uma clínica-escola em Porto Alegre. *Revista brasileira de psicoterapia*, 20(3), 17-29.

Soper, D.S. (2023). *Effect Size (Cohen's d) Calculator for a Student t-Test* [Software]. Available from https://www.danielsoper.com/statcalc

Teodoro, M. L. M., Ohno, P. M., & Froeseler, M. V. G. (2016). Estrutura fatorial e propriedades psicométricas do Inventário da Tríade Cognitiva. *Psicologia: teoria e prática*, 18(1), 87-99. dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p87-99

Teodoro, M. L., Froeseler, M. V., Almeida, V. M., & Ohno, P. M. (2015). Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes: adaptação e propriedades psicométricas. Avaliaçao Psicologica: *Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 14(1), 63-72. 10.15689/ap.2015.1401.07

Tomaz, C. & Giugliano, L. G. (1997). A razão das emoções: um ensaio sobre "O erro de Descartes". *Estudos de Psicologia*, 2(2), 407–411.

Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-Lopez, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*. 16(4), 473-486. https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6.

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. In: Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (Ed) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York, NY: Guilford Press; p. 165-183

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/11862-000