

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

**Evidências de efetividade da terapia de regulação infantil para ansiedade e
depressão**

**Evidence of the effectiveness of child regulation therapy for anxiety and
depression**

**Evidencias de efectividad de la terapia de regulación infantil para la
ansiedad y la depresión**

Camila Bosse Paiva Antoniutti¹, Marina Heinen², Carolina Maiato de Lima³, Marina
Gusmão⁴ & Margareth da Silva Oliveira⁵

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *E-mail:* camilabossepaiva@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-6385-639X>

² Unisinos. *E-mail:* m.marinaheinen@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-9362-2295>

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *E-mail:* carol_maiato@hotmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-6567-3420>

⁴ InTCC – Ensino, Pesquisa e Atendimento Individual e Familiar. *E-mail:* marinagusmao@hotmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-9163-6519>

⁵ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *E-mail:* marga@puers.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-6490-5170>

*Informações do Artigo:**Camila Bosse Paiva Antoniutti*camilabossepaiva@gmail.com*Recebido em: 26/03/2022**Aceito em: 15/11/2022***RESUMO**

Este estudo objetivou avaliar a efetividade da Terapia de Regulação Infantil (TRI) para reduzir sintomas de ansiedade e depressão em crianças de 8 a 12 anos. Realizou-se um estudo descritivo com delineamento de série temporal, aplicando a TRI em 19 crianças de ambos os sexos, comparando a sintomatologia pré e pós-intervenção. Os dados foram analisados por ANOVA de medidas repetidas e análises Post Hoc. Os resultados sugerem que o protocolo colaborou para a redução da ansiedade e depressão significativamente. A principal mudança para ansiedade ocorreu depois da etapa de regulação emocional, e em relação à depressão após o trabalho comportamental.

PALAVRAS-CHAVE:

Ansiedade; Depressão; Crianças; Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of Infant Regulation Therapy (IRT) for reducing symptoms of anxiety and depression in children aged 8 to 12 years. A descriptive study with a time series design was carried out, in which IRT was applied to 19 children of both sexes, comparing pre- and post-intervention symptoms. Data were analyzed by repeated measures ANOVA and Post Hoc analyses. The results suggest that the protocol contributed to the reduction of anxiety and depression significantly. The main change for anxiety occurred after the emotional regulation stage, and in relation to depression after the behavioral work.

KEYWORDS:

Anxiety; Depression; Children; Cognitive behavioral therapy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la Terapia de Regulación Infantil (TRI) para reducir la ansiedad y depresión en niños de 8 a 12 años. Se realizó un estudio descriptivo con un diseño de serie temporal, aplicando la TRI a 19 niños de ambos sexos comparando los síntomas pre y post intervención. Mediante ANOVA de medidas repetidas y análisis Post Hoc, los resultados sugieren que el protocolo contribuyó significativamente para la reducción de los síntomas. El principal cambio para la ansiedad se produjo después de la etapa de regulación emocional, y en depresión, después del trabajo conductual.

PALABRAS CLAVE:

Ansiedad; Depresión; Niños; Terapia Cognitiva Conductual.

O campo da psicopatologia infantil tem apresentado um perfil crescente em termos de pesquisas nas últimas décadas, em comparação ao período em que permaneceu negligenciado, envolvendo, assim, estudos que buscam aprofundamentos sobre o tema (Deluca et al., 2018; Paula et al., 2018; Polanczyk et al., 2015). Em nível mundial, é possível verificar a elevada prevalência de psicopatologia na infância e adolescência (Fatori et al., 2018; Paula et al., 2015; World Health Organization [WHO], 2016), sendo os mais prevalentes os transtornos de ansiedade (6,5%) e transtorno depressivo (2,6%), de forma isolada ou em comorbidade (Polanczyk et al., 2015).

Sabe-se que muitos dos transtornos mentais começam na infância, embora a busca por tratamento não necessariamente ocorra nesta faixa etária (Barrett et al., 2014; Fatori et al.,

2018). Quando não tratados corretamente, as sintomatologias podem assumir um curso crônico. Os resultados encontrados por um estudo longitudinal sugerem que a presença de um diagnóstico de transtorno mental no público infantojuvenil aumenta em três vezes as chances de um diagnóstico na idade adulta (Copeland et al., 2014).

Os sintomas de ansiedade e depressão em crianças estão relacionados com importantes prejuízos no desenvolvimento posterior, tais como: menor funcionamento global, relações interpessoais pobres, baixa autoestima e dificuldades escolares (Copeland et al., 2014; Jorm & Mulder, 2018). Muitas vezes, a origem destes transtornos é desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos (APA, 2014; Thiengo et al., 2014). O componente familiar vem sendo estudado nas psicopatologias apresentadas ainda na infância, de modo que alguns trabalhos apontam correlações entre a sintomatologia presente nos pais e seus filhos; ou seja, pais ansiosos tendem a ter filhos com a mesma característica (Heinen et al., 2020; Pietikäinen et al., 2020; WHO, 2018). Nos últimos 20 anos houve uma ampliação na busca por atendimento para jovens em serviços públicos de saúde, inclusive este aumento tem ocorrido em idade atípica para o início sintomatológico (Atladottir et al., 2015; Deluca et al., 2018; Fatori et al., 2018).

Há suporte na literatura para que intervenções sejam realizadas com o objetivo de reduzir os impactos de transtornos mentais na infância (Jorm & Mulder, 2018). A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) apresenta resultados empíricos satisfatórios no tratamento de ansiedade e depressão nessa faixa etária (Jorm & Mulder, 2018; Reynolds et al., 2012; Zhou et al., 2019). Protocolos de tratamento mundialmente conhecidos e baseados em evidências, como Coping Cat (Kendall, 1994) e FRIENDS (Barrett et al., 2000) se mostraram eficazes para a redução de sintomas ansiosos, resultados mantidos em medidas de *follow-up* (Barrett et al., 2006; Barrett et al., 2015; Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008; Pavoski et al., 2018).

No sul do Brasil, desenvolveu-se a Terapia de Regulação Infantil (TRI), um protocolo com base nas terapias cognitivo-comportamentais desenvolvido para tratamento de ansiedade e sintomas de humor. Composta por 20 sessões destinadas à crianças de faixa etária entre 8 e 12 anos, a TRI também envolve os responsáveis no processo. O protocolo busca desenvolver habilidades que incluem a educação emocional, desenvolvimento de empatia, expressão assertiva das emoções, entendimento sobre os fatores cognitivos e a nossa capacidade de modificar os pensamentos. Além disso, aborda habilidades sociais, resolução de problemas e exercícios de relaxamento (Caminha et al., 2017).

Na literatura é possível encontrar estudos empíricos recentes com o protocolo preventivo do TRI (Heinen et al., 2021; Heinen et al., 2022), entretanto, ao analisar as publicações relativas à efetividade do TRI na modalidade Clínico, nota-se uma carência de publicação, o que caracteriza este estudo como pioneiro. Dessa forma, pretende-se contribuir com essa lacuna da literatura científica e apresentar possibilidades de intervenção com crianças na clínica. Portanto, este estudo objetiva avaliar as evidências de efetividade do protocolo TRI na redução de sintomas de ansiedade e/ou depressão em crianças entre 8 e 12 anos. Seguindo a tendência de intervenções com números menores de encontros, e buscando facilitar a aplicabilidade em serviços públicos de saúde, nos quais existe uma demanda grande de atendimento, o presente estudo avaliou o protocolo em sua forma compacta com 12 sessões.

Método

Esta pesquisa é um estudo descritivo com delineamento de série temporal, o qual objetivou comparar a sintomatologia das crianças pré e pós- intervenção com o TRI Clínico, ao final de cada etapa e após um mês do término do protocolo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), bem como registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 40658214.6.0000.5336). Com todos os

participantes foram utilizados o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE), seguindo as normas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos (Ministério da Saúde, 2012).

Participantes

Participaram 19 crianças de ambos os sexos entre 8 e 12 anos, alfabetizadas e que apresentavam sintomas clínicos para ansiedade e/ou depressão. A seleção se deu através dos seguintes meios: 1) divulgações em redes sociais; 2) contatos com escolas públicas e particulares do município de Porto Alegre; e 3) com sujeitos que estavam em lista de espera do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS. Aqueles que manifestaram interesse realizaram uma entrevista de triagem, a qual avaliou os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Foram excluídas crianças que estavam em tratamento medicamentoso ou psicoterápico para ansiedade e/ou depressão, assim como aquelas que apresentavam sintomas psicóticos, com diagnóstico de transtorno do espectro autista e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) sem tratamento medicamentoso e déficit cognitivo importante também foram excluídas da pesquisa.

Instrumentos

Todos os instrumentos apresentados abaixo foram aplicados durante a entrevista de triagem. Para a avaliação de processos pós-intervenção imediata e *follow-up*, reaplicou-se aqueles que avaliavam depressão e ansiedade: Children's Depression Inventory (CDI) e Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Os responsáveis preencheram um inventário a respeito de características da criança (CBCL).

Questionário de Dados Sociodemográficos

Questionário descritivo respondido pelos cuidadores para coletar dados pessoais, familiares e sobre as situações de vida da criança. As características socioeconômicas foram

definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), agrupando os participantes em estratos de classificação econômica descritos por A, B (1-2), C (1-2) e D-E (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015).

Child Behavior Checklist (CBCL)

Desenvolvido por Achenbach e Rescorla, em 1991, foi traduzido e adaptado para a versão brasileira por Bordin et al (1995). O inventário apresenta consistência interna de 0,80 para as escalas de problemas externalizantes, internalizantes e de comportamento (Rocha et al., 2013). O instrumento é respondido pelos responsáveis, busca avaliar tanto as competências quanto os problemas de comportamento da criança, considerando os últimos seis meses. A partir do somatório de pontos, as escalas do instrumento dispõem de pontos de corte que classificam o resultado em normal, limítrofe ou clínica com base no escore.

Children's Depression Inventory (CDI)

Desenvolvido por Kovacs (1983) e validado para uso no Brasil por Gouveia et al. (1995), o inventario avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de faixa etária entre 7 e 17 anos a partir do autorrelato. É constituído por 27 itens com três opções de escolha, as quais vão de 0 (não verdadeiro) a 2 (muito verdadeiro). Um estudo com jovens do sul do país encontrou uma consistência interna de 0,85 (Wathier et al., 2008). Como ponto de corte para pacientes clinicamente significativos, definiu-se a pontuação 14 para meninos, e 16 para meninas.

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Desenvolvido por Birmaher et al. (1997), e adaptado e validado para o uso no Brasil por Barbosa et al. (2002), trata-se de um instrumento multidimensional que apresenta consistência interna de 0,87, e um ponto de corte de 37 pontos para sintomas clínicos de ansiedade. Contém 41 perguntas que avaliam sintomas de ansiedade em crianças, com três opções de resposta, as quais variam de 0 (nunca/raramente) a 2 (frequentemente).

Escala de inteligência Wechsler abreviada (WASI)

Consiste em uma escala Wechsler que avalia o funcionamento cognitivo de modo breve e eficaz em sujeitos de faixa etária entre 6 e 89 anos (Psychological Corporation, 1999). Constitui-se pelos seguintes subtestes: 1) vocabulário; 2) semelhanças; 3) cubos; e 4) raciocínio matricial. A escala foi adaptada para o português por Trentini et al (2014), nesse processo foram realizadas análises fatoriais para investigar sua validade, as quais apresentaram resultados favoráveis (Wagner et al., 2014). Este instrumento foi utilizado para excluir crianças com QI limítrofe ou inferior.

Procedimentos

Os dados foram coletados em consultórios do serviço-escola de psicologia da PUCRS, entre agosto de 2016 e agosto de 2017. O contato preliminar ocorreu via telefone, no qual explicava-se previamente o objetivo da pesquisa, e, caso houvesse interesse, agendava-se um horário para a triagem com os responsáveis. Todas as entrevistas foram realizadas por psicólogos ou estudantes de psicologia devidamente treinados para uniformizar o processo de triagem. No momento inicial foi apresentado o estudo, e a partir do esclarecimento de dúvidas sobre a intervenção e a pesquisa os responsáveis assinavam o TCLE, enquanto as crianças consentiam com o TALE. Após esse momento de apresentação, aplicaram-se os instrumentos de avaliação.

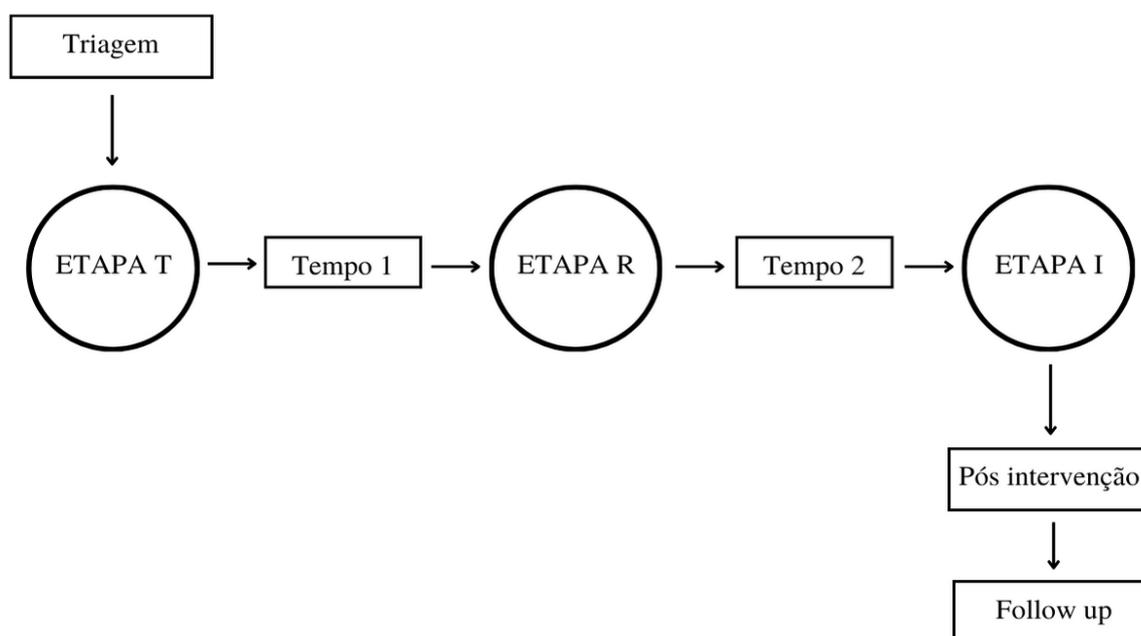
Respeitando os critérios de inclusão e exclusão, os participantes selecionados foram encaminhados para iniciar a psicoterapia, ao passo que os não selecionados eram encaminhados para locais que prestavam atendimento psicológico gratuito. A equipe do projeto foi composta por sete pessoas, entre as quais fizeram parte psicólogos e estudantes de psicologia no último ano do curso, capacitados para atuarem como terapeutas com base no protocolo. A cada final de etapa, os participantes do estudo foram reavaliados

individualmente por um dos membros da equipe, sendo o avaliador uma pessoa diferente do terapeuta que prestou o atendimento.

A avaliação da intensidade de sintomas depressivos e ansiosos foi realizada a partir da aplicação de instrumentos específicos em cinco tempos diferentes. O número de semanas descritos a seguir é em comparação ao início do protocolo: entrevista de triagem, tempo 1 (após 3 semanas), tempo 2 (após 7 semanas), pós-intervenção imediata (após 12 semana) e *follow-up* (após 1 mês do término da intervenção). O fluxo entre as etapas de intervenção do protocolo TRI e os tempos de avaliação estão ilustrados na Figura 1.

Figura 1

Fluxo Entre as Etapas de Intervenção e os Tempos de Avaliação



Intervenção Psicológica

A intervenção foi realizada através de 12 sessões individuais, semiestruturadas e semanais, cada uma com duração de 1 hora. Todas as consultas tiveram gravação de áudio, e os terapeutas receberam supervisão semanal por *experts* na área. O protocolo é organizado em três etapas, de acordo com o modelo da Terapia cognitivo-comportamental. Além disso,

cada uma dessas etapas utiliza um instrumento de acesso, a saber: o baralho das emoções (Caminha & Caminha, 2011), dos pensamentos (Caminha & Caminha, 2012) e dos comportamentos (Caminha & Caminha, 2013). Foi utilizado ainda o recurso Meu Caderno de Terapia (Caminha & Caminha, 2016), o qual permaneceu com a criança após a intervenção. A descrição de cada sessão está detalhada na Tabela 1.

Tabela 1

Descrição dos Objetivos das Sessões de Psicoterapia com a TRI

Sessão	Objetivo
ETAPA T: Trabalhe suas emoções	
Triagem	
1 (com responsáveis)	Explicação sobre o protocolo TRI e etapa T Psicoeducação sobre emoções.
2 (com a criança)	Psicoeducação sobre emoções, trabalho com emoções primárias e secundárias. Regulação emocional. Tarefa de casa: monitoramento das emoções.
3 (com a criança)	Revisão de tarefas, feedback da semana. Trabalho com exercícios de empatia e regulação emocional. Tarefa de casa: exercícios de empatia com a família.
ETAPA R: Recicle seus pensamentos	
Reavaliação – Tempo 1	
4 (com responsáveis)	Explicação sobre etapa R. Psicoeducação dos processos cognitivos. Reestruturação cognitiva e cartões S.O.S.
5 (com a criança)	Trabalho com reestruturação cognitiva, máquina da reciclagem e palavrinhas que reciclam (porém, portanto e logo posso aceitar). Tarefas: máquina da reciclagem e cartão S.O.S.
6 (com a criança)	Revisão da intensidade dos pensamentos trabalhados na sessão anterior. Máquina da Reciclagem para pensamentos persistentes. Criação de pensamentos novos com questionamento socrático. Tarefas de casa: máquina reciclagem e cartão S.O.S.
7 (com a criança)	Trabalho com a máquina da difusão para emoções agradáveis de sentir: amor e alegria. Tarefa de casa: máquina da difusão e S.O.S., expressar assertivamente os comportamentos.
ETAPA I: Inove seus comportamentos	
Reavaliação – Tempo 2	
8 (com responsáveis)	Explicação sobre a etapa I. Psicoeducação sobre processos comportamentais: efeito bumerangue, bem-estar, cenas comportamentais.
9 (com a criança)	Cenas comportamentais eleitas pelo terapeuta conforme problema apresentado pelo paciente.
10 (com a criança e responsável)	Resolução de problemas.

11 (com a criança e responsável)	Psicoeducação sobre relaxamento, respirações e acalmando minha mente.
12 (com a criança e responsável)	Revisar todas as etapas trabalhadas. Destacar o banco de reforços, tarefas de manutenção, prevenção à recaída.
Reavaliação – pós-intervenção	
<i>Follow-up</i> após um mês do término da intervenção	Reavaliação – <i>Follow-up</i>

Nota. TRI = Terapia de Regulação Infantil.

Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados estatisticamente utilizando o pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), em sua versão 18.0. As variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências e percentuais, já as variáveis contínuas por meio da média e do desvio-padrão. Também se utilizou uma análise intragrupo com base no teste de Wilcoxon sobre as variáveis (ansiedade e depressão) pré e pós-intervenção imediata.

Para verificar a validade do protocolo, utilizou-se ANOVA de medidas repetidas com correções de Greenhouse-Geisser. Com intuito de compreender as diferenças de média em cada etapa do tratamento, foram executadas análises Post Hoc, com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. A análise do tamanho do efeito entre a comparação intragrupo foi realizada através do eta quadrado. Em todos os testes assumiu-se um nível de significância de 5%.

Resultados

Foram realizadas 40 entrevistas de triagem, entretanto, ao identificar fatores de inclusão e exclusão, 22 crianças foram incluídas no processo psicoterapêutico e apenas 19 (86.4%) aderiram e concluíram o protocolo TRI Clínico. Para avaliação de *follow-up*, retornaram à avaliação 54,5% (n=12) das crianças. Os participantes excluídos não ingressaram no estudo em razão dos seguintes critérios: a) ausência de sintomatologia clínica (n=9); b) uso de medicação antidepressiva (n=1); c) TDAH sem uso de medicação (n=2); d) QI limítrofe (n=2); e) não alfabetização (n=2); f) TEPT (n=1); e g) psicoterapia no momento

da triagem (n=1).

No que se refere ao perfil sociodemográfico e escolar dos 19 participantes do estudo, a Tabela 2 descreve as principais características da amostra. A média de idade das crianças foi de $9,63 \pm 1,49$ anos. A maioria (n=13) obteve a classificação C (1 e 2), segundo o CCEB.

Tabela 2

Descrição dos Dados Sociodemográficos, Escolares e Sintomatológicos

Variável	n=19	(%)
Gênero		
Masculino	13	(68,4)
Feminino	6	(31,6)
Cor de pele		
Branco	13	(68,4)
Negro	6	(31,6)
Repetiu de série		
Não	15	(78,9)
Dificuldade de aprendizagem		
Sim	10	(52,6)
Sintomatologias apresentadas na triagem		
Depressão	10	(52,6)
Ansiedade	9	(47,4)
Ansiedade e Depressão	1	(5,3)

A maioria dos meninos apresentou o sintoma depressivo como principal (n=7), enquanto para as meninas houve homogeneidade de sintomas depressivos (n=3) e ansiosos (n=3). O CBCL indicou problemas internalizantes em nível clínico, bem como sintomatologia ansiosa e depressiva. Os resultados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3

Média e Desvios-padrão das Variáveis do CBCL

Escore CBCL	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Ansiedade e Depressão	59,00	92,00	69,10**	8,47
Isolamento e Depressão	50,00	90,00	65,02*	12,31
Problemas Somáticos	53,00	76,00	62,82	8,15
Problemas Sociais	51,00	85,00	63,47	9,13
Problemas de Pensamento	51,00	80,00	62,00	9,45
Problemas de Atenção	52,00	83,00	65,29*	8,37
Violação de Regras	50,00	78,00	57,82	7,33
Comportamento Agressivo	50,00	79,00	63,64	7,35

Escore CBCL	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Problemas Internalizantes	60,00	89,00	68,70**	7,69
Problemas Externalizantes	43,00	78,00	61,82*	8,18
Total de Problemas	58,00	79,00	67,58**	5,89
Escolaridade	24,00	55,00	38,17	9,05

Nota. *Score limítrofe. **Score clínico. CBCL = Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 1991).

Os responsáveis apresentaram média de idade de 37,79 (DP=6,63) para mães e 40,6 (DP=7,35) para pais, 78,9% (n=15) estavam divorciados. A maior prevalência de acompanhantes esteve entre as mães, 89,5% (n=17). Quando foi questionado aos pais sobre o rendimento escolar dos filhos, em uma escala entre 0 e 10, sendo 0 baixo rendimento e 10 alto rendimento, 84,2% (n=16) os classificaram entre 6 e 10. Entretanto, 52,6% (n=10) apontaram que seus filhos possuíam dificuldades de aprendizagem. Ao avaliar a inteligência dos participantes, obteve-se uma média de QI correspondente a 108,74 (DP=16,36), classificado como médio. Quando se avaliou a presença de sintomas de transtornos mentais na família das crianças estudadas, 73,7% (n=14) dos responsáveis afirmaram haver ao menos um familiar com sintomas, sendo a mais prevalente depressão.

O teste não-paramétrico de Wilcoxon intragrupo apontou que há diferença entre a triagem e a pós-intervenção imediata em cada variável sintomatológica estudada a partir dos instrumentos SCARED ($p < 0.001$) e CDI ($p < 0.001$). Já os resultados da ANOVA de medidas repetidas indicou que houve diferenças estatisticamente significativas com grande poder de efeito entre os cinco momentos avaliados, tanto nos sintomas de ansiedade ($F(4,44)12.58$, $p < 0.001$, $\eta^2=0.53$), medida pelo SCARED, quanto em relação à depressão ($F(4,44)13.84$, $p < 0.001$, $\eta^2=0.56$), avaliada pelo CDI.

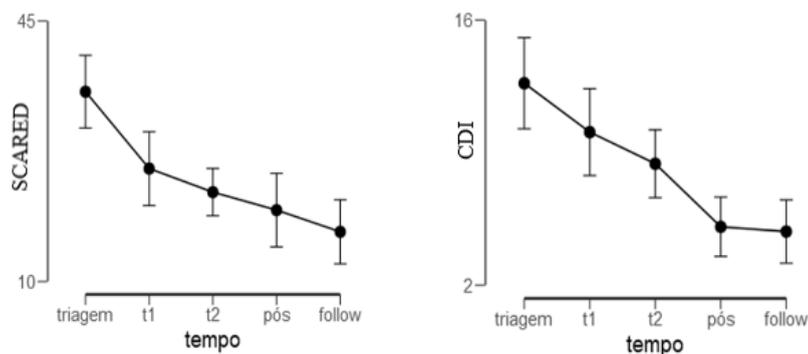
A Figura 2 ilustra as diferenças de médias do teste Post Hoc. Observou-se que os sintomas de ansiedade obtiveram a principal diferença de média ($M=10.33$; $DP=2.25$; $p=0.008$) depois da primeira parte da intervenção, ou seja, após a etapa do trabalho com as

emoções. Ao final da intervenção, na avaliação pós-intervenção imediata, os resultados também foram estatisticamente significativos para essa sintomatologia ($M=15.91$; $DP=3.80$; $p=0.01$), bem como nas medidas de *follow-up* ($M=18.83$; $DP=2.93$; $p<0.001$), quando ambas as médias foram comparadas à triagem.

No que se refere aos sintomas depressivos, a principal diferença de média ($M=3.33$; $DP=0.95$; $p=0.05$) esteve entre o tempo dois e após avaliação, ou seja, logo em seguida ao trabalho com estratégias comportamentais, última etapa do protocolo TRI. Assim como observado nos sintomas ansiosos, os resultados também foram significativos nas medidas pós-intervenção imediata ($M=7.58$; $DP=1.43$; $p=0.003$) e *follow-up* ($M=7.83$; $DP=1.31$; $p<0.001$), quando ambas as médias foram comparadas à triagem.

Figura 2

Gráfico Referente às Diferenças de Médias do Teste Post Hoc



Por se tratar de um critério de inclusão, no início da intervenção 100% ($n=19$) da amostra apresentava algum sintoma clínico. Em cada avaliação, porém, a intensidade dos sintomas foi reduzida. Após a etapa T (trabalhe suas emoções), 21,1% ($n=4$) dos participantes seguiram com níveis clínicos, e depois da etapa R (recicle seus pensamentos) esta prevalência

foi reduzida para 15,7% (n=3).

Ao término do protocolo, apenas um participante apresentava nível clínico de ansiedade, o qual ingressou no estudo com sintomas de ansiedade de separação, e, ao final, precisou afastar-se da cuidadora em razão da hospitalização sofrida por ela. Assim, compreende-se que este afastamento pode ser considerado um estressor, o que pode ter interferido na piora sintomatológica, visto que, na etapa anterior, a criança já se encontrava com níveis não clínicos de sintomas e, na medida de *follow-up* retornou à classificação não clínica. Os demais participantes finalizaram o processo com níveis não clínicos de sintomatologia, e entre aqueles que retornaram para *follow-up*, todos permaneciam em remissão de sintomas ansiosos e depressivos.

Discussão

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar as evidências de efetividade do protocolo TRI para reduzir sintomas clínicos depressivos e ansiosos. Tratou-se de verificar se para o grupo de sujeitos da amostra estudada a intervenção orientada por este protocolo contribuiu para a remissão sintomatológica. Quando comparada às medidas inicialmente apresentadas na triagem, os resultados estatísticos sugerem que a TRI colaborou significativamente para a redução dos sintomas.

Verificou-se a presença de alto nível de adesão ao tratamento, ocorrendo poucas perdas ao longo dos três meses de intervenção, o que difere daquilo que comumente se observa em estudos longitudinais com populações semelhantes e adultos jovens (Walkup et al., 2008; Zancan et al., 2022). No entanto, resultados semelhantes foram encontrados em um estudo que também trabalhou com crianças ansiosas e depressivas juntamente com seus pais, apresentando alta prevalência de adesão de ambos os grupos (Martinsen et al., 2016). Devido a esta aproximação, existe a hipótese de que o perfil dos pacientes com sintomas internalizantes pode estar relacionado à melhor adesão. Também é possível salientar que o

modelo lúdico de trabalho desenvolvido possa ter relação com a retenção dessa amostra.

Quanto às perdas observadas para as medidas de seguimento, os resultados corroboraram com o que já havia sido descrito em outros estudos longitudinais: quando são realizadas medidas de *follow-up*, observa-se uma redução do número de participantes (Costa et al., 2017; Pavoski et al., 2018; Zambon et al., 2008).

Ao comparar os participantes deste estudo com a população infantil geral, percebe-se que ela se comporta, em parte, de modo diferente. A literatura aponta, que entre a ansiedade e a depressão, a maior prevalência está nos transtornos de ansiedade (Cummings et al., 2014; Polanczyk et al., 2015). Isto diverge do que foi observado aqui, uma vez que o maior índice esteve em relação aos sintomas depressivos. Todavia, ao analisar a amostra por sexo, encontra-se que a maioria foi composta pelo sexo masculino, o que pode justificar a sintomatologia depressiva como principal nesse estudo. De forma similar, estudos anteriores destacaram que embora a depressão tenha um predomínio em mulheres, ao considerar a infância o mesmo não ocorre, visto que existem taxas maiores deste sintoma no sexo masculino (Deluca et al., 2018; Thiengo et al., 2014).

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, observa-se um perfil de crianças com pais separados, bem como algum nível de vulnerabilidade socioeconômica, ambos fatores de risco para ocorrência de transtornos mentais na infância (Pérez-Marfil et al., 2020; Pietikäinen et al., 2020). Este perfil se aproxima daquele descrito na literatura, no qual os transtornos mentais possuem causas multifatoriais que vão desde questões genéticas até estressores ambientais (APA, 2014; Black et al., 2017; Thiengo et al., 2014). Supõe-se que estas questões supracitadas referentes ao ambiente podem ter agido como fatores de vulnerabilidade também neste grupo de crianças.

Em relação às características familiares, percebe-se pais com idade superior às mães, além de maior prevalência materna como responsável principal no tratamento. Observou-se

histórico familiar de transtornos mentais, achado que corrobora com a literatura prévia. Outras pesquisas já destacaram que a presença de psicopatologia nos pais pode ser um preditivo para desenvolvimento de problemas internalizantes nas crianças (Heinen et al., 2020; Pietikäinen et al., 2020; Thiengo et al., 2014). Cabe destacar, aqui, o quanto o ambiente e as relações parentais são capazes de influenciar positiva ou negativamente a saúde mental das crianças, o que reforça a relevância da busca por atendimento ainda no início dos sintomas, a fim de evitar sua progressão. Ademais, a inserção dos responsáveis no processo psicoterapêutico apresenta-se como fator primordial, podendo potencializar o alcance dos objetivos.

Embora a presença de dificuldades escolares seja descrita pelos responsáveis, a grande maioria não apresentava reprovação ou níveis clínicos de problemas escolares no CBCL, inclusive os mesmos responsáveis classificaram o rendimento destes entre 0 e 10. Os participantes foram avaliados com média de QI médio, o que indica capacidades cognitivas preservadas. Assim, levando em consideração que a sintomatologia pode afetar o desempenho acadêmico (Corcoran et al., 2018), é possível que as dificuldades escolares referidas pelos responsáveis estivessem presentes devido a questões emocionais. Em alguma medida, os responsáveis percebem as dificuldades das crianças, tendo em vista os resultados classificados como clínicos para problemas internalizantes apresentados pelo CBCL. Entretanto, parece não haver uma completa compreensão ou conhecimento por parte deles sobre os prejuízos sociais e cognitivos da amostra, visto que estes foram classificados como não clínicos pelo instrumento.

Esta discrepância entre os resultados pode se associar a dificuldades em expressar ou compreender estados emocionais e pensamentos que crianças com sintomatologia internalizante podem apresentar, as quais muitas vezes não compreendem suas emoções, assim como não apresentam habilidades para enfrentá-las (Orti & Bolsoni-Silva, 2017).

Sugere-se que uma dinâmica como esta pode estar relacionada a busca tardia por tratamento na infância na presença de transtornos mentais, tendo em vista a dificuldade de percepção, compreensão ou comunicação da família, responsáveis e escola com a criança.

Quanto ao acompanhamento dos sintomas de depressão e ansiedade ao longo da intervenção, o resultado do teste de Wilcoxon apontou uma diferença significativa entre a entrevista de triagem e as medidas da pós-intervenção imediata. Nas ANOVAS, observa-se que as medidas dessas variáveis também obtiveram valores que diferem entre si, incluindo a medida de *follow-up*, a qual obteve grande poder de efeito. Os resultados sugerem que houve remissão sintomatológica clínica ao longo dos três meses de intervenção, ganhos estes que se mantiveram depois de um mês do término da mesma.

Em relação ao sintoma de ansiedade, a principal diferença de média no teste Post Hoc ocorreu após a etapa das emoções. O trabalho de regulação emocional tem sido muito pesquisado, estudos anteriores indicaram a eficácia no tratamento de diversas psicopatologias (Domitrovich et al., 2017; Vasco, 2013). A desregulação emocional na ansiedade pode trazer consequências como: 1) baixa compreensão e aceitação emocional; 2) maior intensidade em reações emocionais negativas; e 3) menor capacidade de nomear e descrever as emoções (APA, 2014; Caminha et al., 2017; Gormez & Stallard, 2017).

No Post Hoc das avaliações com o instrumento CDI, percebeu-se que a principal redução de média ocorreu após o trabalho com estratégias comportamentais. É possível entender este dado a partir das descrições feitas pela literatura sobre a utilização de ativação comportamental com pacientes deprimidos, cujos achados se mostram semelhantes utilizando estratégias cognitivas e medicamentosas (Dimidjian et al., 2016). Entretanto, cabe destacar também a importante diferença de média depois do trabalho com regulação emocional, primeira etapa do protocolo, a que se assemelha ao observado nos sintomas de ansiedade.

De modo geral, os resultados apresentados pelas ANOVAS auxiliaram na compreensão de que houve remissão significativa de sintomas após a intervenção, bem como manutenção dessa sintomatologia não clínica depois de um mês. Devido à ausência de um grupo controle e medidas repetidas ao longo do tempo em sujeitos que não estavam recebendo a intervenção, assume-se uma postura conservadora ao não indicar ter sido apenas o protocolo TRI o responsável por essa modificação. Apenas formulamos a hipótese de que, ao longo da intervenção, alguma variável – podendo ser a terapia de regulação infantil – interferiu na melhora sintomatológica da amostra.

O uso de protocolos terapêuticos baseados na teoria cognitivo-comportamental na infância é mundialmente estudado (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2008; Pavoski et al., 2018), existindo resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, sobretudo quanto a redução de sintomas ansiosos e depressivos. Entretanto, há poucos protocolos desenvolvidos no contexto brasileiro e, conseqüentemente, poucas publicações que avaliam evidências sobre esses protocolos (Antoniutti et al., 2019; Justo et al., 2017). Os dados desta pesquisa com a TRI indicam o potencial para que este possa se tornar um protocolo referência no Brasil, haja vista sua construção de acordo com a cultura do país, podendo auxiliar serviços e profissionais da psicologia no exercício de suas funções.

A medida de seguimento traz importantes resultados, pois aponta que os ganhos obtidos ao longo da intervenção foram mantidos mesmo quando esta não estava mais presente. Uma vez que o objetivo de intervenções psicoterapêuticas consiste em tratar e manter os resultados, a TRI se destaca novamente, aproximando-se de outros protocolos terapêuticos mundialmente pesquisados que também contribuíram para a manutenção da redução sintomatológica das amostras (Antoniutti et al., 2019; Barrett et al., 2006).

Em comparação com os demais protocolos terapêuticos infantis, a TRI possui como principal diferencial as estratégias de regulação emocional, visto que esta etapa se destacou

pela redução sintomatológica tanto para ansiedade quanto para depressão. Embora instrumentos terapêuticos conhecidos trabalhem com a identificação e nomeação das emoções, a TRI se propõe a ir além, capacitando as crianças para discriminar intensidade e disponibilizar recursos para quantificá-las e modificar a maneira como as expressam. Com os resultados e evidências obtidas sobre o trabalho emocional, o qual foi realizado na primeira etapa do protocolo, sugere-se que este pode ser um foco central para intervenções de maior brevidade ou únicas, devido ao impacto que podem ter sobre as psicopatologias da infância.

Considerações Finais

Este estudo se propôs a avaliar a efetividade do protocolo Clínico TRI quando aplicado a crianças com sintomas depressivos e ansiosos, acompanhando a modificação de sua intensidade ao longo do tempo. A partir dos dados obtidos, percebe-se um padrão significativo de redução da sintomatologia do grupo de participantes, obtendo redução estatisticamente significativa ao final da intervenção e em medida de *follow-up* nas medidas de ansiedade e depressão. Foi observado importante impacto da intervenção após o trabalho com regulação emocional nos níveis de ansiedade. Nos índices de depressão, também se notou impacto no trabalho com as emoções, mas a principal modificação ocorreu após as intervenções comportamentais.

O presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira delas diz respeito ao pequeno número de participantes, o que impossibilitou análises mais robustas. Somado a isto, a ausência de um grupo controle impossibilitou afirmar que os resultados apresentados se devem exclusivamente à intervenção, uma vez que a amostra não foi randomizada e não houve acompanhamento das crianças que não receberam o protocolo TRI Clínico ao longo dos três meses. Além disso, o *follow-up* não ocorreu por mais de um mês após a intervenção para avaliar a manutenção dos resultados nos participantes do *follow-up*. Outro fator a ser considerado são os diferentes terapeutas colaboradores desta pesquisa, totalizando sete entre

psicólogos formados e estudantes no último ano de graduação. Embora tenhamos realizado um treinamento cuidadoso para uniformizar o trabalho em cada sessão, sabe-se que o estilo de cada terapeuta e as diversas formações podem ter interferido nos resultados finais aqui apresentados.

Como sugestões para estudos futuros, salienta-se a necessidade de ensaios clínicos randomizados, capazes de potencializar os resultados da presente pesquisa. Ademais, estudos envolvendo outros estados do Brasil, com populações e culturas diversas, poderiam revelar se o protocolo TRI Clínico é de aplicação viável em outras regiões para além daquela em que foi desenvolvida. Destaca-se a importância do seguimento de pesquisas que busquem uma psicologia baseada em evidências, capaz de colaborar acerca do aperfeiçoamento profissional.

Apesar das limitações, a TRI fornece contribuições iniciais sobre a aceitação da intervenção com boa adesão e mudança na sintomatologia ansiosa e depressiva em crianças. Assim, compreende-se que a terapia de regulação infantil, aplicada em sua versão compacta composta por 12 sessões semanais, apresentou resultados empíricos de efetividade para esta amostra, agindo como importante ferramenta clínica. Esse artigo é relevante e contribui para a lacuna científica de intervenções com o público infantil no contexto clínico e público, a partir de um protocolo brasileiro. Ademais, com estes resultados, apresenta-se aos profissionais uma possibilidade de intervenção breve para o tratamento de sintomas ansiosos e depressivos no público infanto-juvenil baseado em evidências e, em língua portuguesa.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (1991). *Childhood behavior checklist*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Antoniutti, C. B. P., Lima, C. M., Heinen, M., & Oliveira, M. S. (2019). Protocolos psicoterapêuticos para tratamento de ansiedade e depressão na infância. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 10-18. http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=284
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). *Critério de classificação econômica Brasil* (CCEB). <https://www.abep.org/criterio-brasil>
- Atladottir, H. O., Gyllenberg, D., Langridge, A., Sandin, S., Hansen, S. N., Leonard, H., & Hultman, C. M. (2015). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: A descriptive multinational comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 173-183. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0553-8>
- Barbosa, G. A., Gaião e Barbosa, A. A., & Gouveia, V. V. (2002). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(1), 34-47. https://www.researchgate.net/publication/279193421_Transtorno_de_ansiedade_na_infancia_e_adolescencia_um_estudo_de_prevalencia_e_validacao_de_um_instrumento_SCARED_de_triagem
- Barrett, P. M., Cooper, M., & Teoh, A. B. H. (2014). When time is of the essence: A rationale for ‘earlier’ early intervention. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 3(4), 1-8. <https://doi.org/10.4172/2329-9525.1000133>

- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 403-411. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_5
- Barrett, P., Fisak, B., & Cooper, M. (2015). The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the fun, FRIENDS Program. *Behaviour Change*, 32(04), 231-242. <https://doi.org/10.1017/bec.2015.12>
- Barrett, P. M., Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS: Prevention of anxiety and depression in children: Group Leader's Manual*. Australian Academy Press
- 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>
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *Lancet*, 389, 77-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL). Inventário de Comportamentos da Infância e de Adolescência: Dados preliminares. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria and Asociación Psiquiátrica de América Latina*, 17(2), 55-66. <https://psycnet.apa.org/record/1996-86307-001>

- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2011). *Baralho das emoções: Acessando a criança no trabalho clínico*. (4ª ed). Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho dos pensamentos: Reciclando ideias, promovendo consciência*. Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2013). *Baralho dos comportamentos: Efeito bumerangue*. Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2016). *Meu caderno de terapia*. Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G. & Finger, I. R. (2017). A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos de depressivos. In R. M. Caminha, M. G. Caminha, & C. A. Dutra (Orgs.), *A prática cognitiva na infância e na adolescência* (pp. 399-413). Sinopsys.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Corcoran, R. P., Cheung, A., Kim, E., & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56-72. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.12.001>
- Costa, C. P., Bastos, A. G., Padoan, C. S., & Eizirik, C. L. (2017). Estudos clínicos em psicoterapia psicodinâmica: Uma revisão do follow-up das intervenções. *Contextos Clínicos*, 10(1), 48-59. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.04>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140(3), 816–845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>

- Deluca, V., Antoniutti, C. B. P., Boff, N., Landerberger, T., Argimon, I. I. L., & Oliveira, M. S. (2018). A presença de sintomas psicopatológicos em crianças e responsáveis que procuram psicoterapia infantil. *Aletheia*, 51(1-2), 68-79. <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4905/3259>
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Hubley, S. (2016). Ativação comportamental para depressão. In D. H. Barlow (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo* (pp. 352-392). Artmed.
- Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 88(2), 408-416. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>
- Fatori, D., Brentani, A., Grisi, S. J. F. E., Miguel, E. C., & Graeff-Martins, A. S. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 3013-3020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.25332016>
- Gormez, V., & Stallard, P. (2017). Transtorno de ansiedade generalizada na infância. In R. Caminha, M. G. Caminha, C. Dutra (Orgs.). *A prática cognitiva na infância e adolescência* (pp. 293-310). Sinopsys
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349. https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa
- Heinen, M., Sartoretto, C. R., & Oliveira, M. S. (2020). Associação de sintomas psicopatológicos entre crianças e responsáveis. *Contextos Clínicos*, 13(1), 86-104. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.131.05>

- Heinen, M., Souza, K. R. V., Deluca, V., Gusmão, M., & Oliveira, M. S. (2021). Protocolo preventivo da terapia de regulação infantil: Estudo piloto no ambiente escolar. *Psico*, 52(4), e36589. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.4.36289>
- Heinen, M., Sartoretto, C. R., Ortigão, M. E. S. R., Caminha, R., & Oliveira, M. S. (2022). Efeitos do trabalho de regulação infantil nas competências socioemocionais de crianças no ambiente escolar. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 3, 1-20. <https://doi.org/10.12957/epp.2022.69839>
- Jorm, A. F., & Mulder, R. T. (2018). Prevention of mental disorders requires action on adverse childhood experiences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(4) 316–319. <https://doi.org/10.1177/0004867418761581>
- Justo, A. R., Santos, A., & Andretta, I. (2017). Programas de prevenção na infância. In R. Caminha, M. G. Caminha, C. Dutra (Orgs.). *A prática cognitiva na infância e adolescência* (pp. 59-76). Sinopsys.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.100>
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.366>
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.282>

- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. University of Pittsburgh, School of Medicine.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0155-y>
- Ministério da Saúde. (2012). *Resolução nº 466/12 sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Bioética.
- Orti, N. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2017). Problemas internalizantes: Revisão de intervenções sobre as práticas parentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(2), 138-159. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i2.1037>
- Paula, C. S., Coutinho, E. S., Mari, J. J., Rohde, L. A., Miguel, E. C., & Bordin, I. A. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 178-179. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1606>
- Paula, C. S., Mari, J. J., Bordin, I., Miguel, E. C., Fortes, I., Barroso, N., Rohde, L. A., & Coutinho, E. (2018). Early vulnerabilities for psychiatric disorders in elementary schoolchildren from four Brazilian regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 477-486. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1503-4>
- Pavoski, G. T. T., Toni, C. G. S., Batista, A. P., & Ignachewski, C. L. (2018). Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método Friends. *Psico*, 49(2), 148-158. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.26501>
- Pérez-Marfil, M. N., Fernández-Alcántara, M., Fasfous, A. F., Burneo-Garcés, C., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2020). Influence of socio-economic status on psychopathology

in Ecuadorian children. *Frontiers in Psychiatry*, 11(43), 1-11.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00043>

Pietikäinen, J. T., Kiviruusu, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., & Paavonen, E. J. (2020). Maternal and paternal depressive symptoms and children's emotional problems at the age of 2 and 5 years: a longitudinal study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 195-204. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13126>

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Psychological Corporation. (1999). *Wechsler abbreviated scale of intelligence*. The Psychological Corporation.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.005>

Rocha, M. M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silveiras, E. F. M., Borsa, J. C., Araújo, L. G. S., Bertolla, M. H. S. M., Oliveira, M. S., Perez, N. C. S., Freitas, P. M., & Assis, S. G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: Findings from parents' reports on the child behavior checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(4), 329-338. <https://doi.org/10.1017/s2045796012000637>

Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>

Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI): Manual profissional*. Casa do Psicólogo.

- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Uma abordagem integrativa das emoções. *PsiLogos*, 11(1), 37-44. <https://doi.org/10.25752/psi.3324>
- Wagner, F., Camey, S. A., & Trentini, C. M. (2014). Análise fatorial confirmatória da escala de inteligência Wechsler abreviada: versão português brasileiro. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 383-389. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000300010
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J. M., Waslick, B., Iyengar, S. March, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal Of Medicine*, 359(26), 2753-2766. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010
- World Health Organization. (2016). *Child and adolescent mental health*. http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
- World Health Organization. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for linking Survive and Thrive to Transform health and human potential*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework.pdf?ua=1
- Zambon, M. P., Antonio, M. A. R. G. M., Mendes, R. T., & Filho, A. A. B. (2008). Crianças e adolescentes obesos: Dois anos de acompanhamento interdisciplinar. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(2), 130-135. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822008000200006>

- Zancan, R., Constantinopolos, L. B., Pankowki, B. E., & Oliveira, M. S. (2022). Fatores preditores de abandono em um programa baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para redução do estresse em universitários. *Contextos Clínicos*, 15(1), 162-185. <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.151.08>
- Zhou, X., Zhang, Y., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Pu, J., Weisz, J. R., Yang, L., Hetrick, S. E., Del Giovane, C., Cohen, D., James, A. C., Yuan, S., Whittington, C., Jiang, X., Teng, T., Cipriani, A., & Xie, P. (2019). Different types and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 41–50. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3070>