



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Processos  
Interativos dos Órgãos e Sistemas**

**ANA CRISTINA SANTANA MATOS RAGAZZO**

**Estudo da Eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na Prevenção de Transtornos de Ansiedade e Depressão em Adolescentes de uma Escola Pública Municipal de Salvador.**

SALVADOR

2017

**ANA CRISTINA SANTANA MATOS RAGAZZO**

**Estudo da Eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na Prevenção de Transtornos de Ansiedade e Depressão em Adolescentes de uma Escola Pública Municipal de Salvador.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador  
2017

Ragazzo, Ana Cristina Santana Matos.

Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de uma escola pública municipal de Salvador. [Manuscrito]./ Ana Cristina Santana Matos Ragazzo. – Salvador, 2017.

159. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2017.

1. Terapia Cognitiva Comportamental. 2. Terapia Cognitiva Processual. 3. Prevenção. 4. Ansiedade. 5. Depressão 6. Maus-tratos 7. Adolescência. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 616.89

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE TESE

ANA CRISTINA SANTANA MATOS RAGAZZO

**ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL DE SALVADOR**

Salvador, Bahia, 30 de janeiro de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF DR IRISMAR REIS DE OLIVEIRA (Orientador)

PROF DR PROF DR EDUARDO PONDÉ DE SENA (Examinador Interno)

PROF DR JOSÉ NEANDER SILVA ABREU (Examinador Interno)

PROF DR CLÁUDIO ALVES DE AMORIM (Examinador Externo)

PROFA DRA CAMILA MAGALHÃES SEIXAS DE CARVALHO (Examinador Externo)

*Dedico este trabalho a meus alunos e pacientes*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha existência, minha razão de ser e existir.

A meu orientador, Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira, por ter acreditado neste projeto e pelo exemplo de simplicidade, assertividade e competência.

A toda equipe de pesquisa em Terapia Cognitiva Processual, cujos membros me ajudaram na construção deste trabalho. Vocês são parte desta história.

A Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro. Obrigada pelos ensinamentos.

A Mávila Freire, Iris Ribeiro e Luciene Oliveira, por ajudarem com a manipulação dos dados.

A Jersica Losado e a toda equipe do MEPP – Laboratório de Métodos Quantitativos e Psicometria Preditiva da UFBA.

A minhas assistentes Luciene Leite e Cleire Silva, pelo empenho nessa jornada.

A Wellington Cerqueira, por sempre partilhar de sonhos e pela ilustração do Manual da Terapia Cognitiva nas Escolas.

A Dr. Cássio Jânio, pelas traduções, pelos ensinamentos e pela amizade.

A Dr. Eduardo Pondé de Sena, Dr. Jose Neander Silva Abreu, Dra. Martha Moreira Cavalcanti e Dra. Rosa Garcia Lima agradeço pelas contribuições à tese e por fazerem parte dela. Da mesma forma, agradeço à banca de defesa externa, constituída por Dra. Camila Magalhães Seixas de Carvalho e Dr. Claudio Alves de Amorim.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação e, em especial, a Prof. Dr. Roberto Paulo Araújo, pela liderança com que coordena esse Programa.

A toda equipe da Escola Municipal Visconde de Cairu, que nos acolheu com tanto carinho para a realização desta pesquisa.

Aos alunos que tanto nos ensinaram neste estudo.

A meus pais, Neide Leão e Dejair Matos, obrigada pelo amor.

A meus irmãos Cristiane Matos e Felipe Leão, pela amizade.

A meus sobrinhos Beatriz Matos e Victor Hugo.

A minha sogra, Lúcia Verde, por ser a amiga de todas as horas.

A Luciano Ragazzo, meu marido, por partilhar e celebrar a vida comigo!

RAGAZZO, Ana Cristina Santana Matos. **Estudo da Eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) na Prevenção de Transtornos de Ansiedade e Depressão em Adolescentes de uma Escola Pública Municipal de Salvador.** 2017. 159 f. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

## **RESUMO**

A Terapia Cognitiva Processual (TCP) é uma abordagem psicoterápica cujos fundamentos se encontram na Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). Os objetivos principais deste trabalho foram: (1) avaliar maus-tratos infantis como fatores de risco para transtornos mentais em adolescentes e (2) propor um modelo psicoterápico preventivo para esses transtornos em adolescentes, denominado Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G), intervenção adaptada da TCP com vistas à redução de sintomas de ansiedade e depressão nessa faixa etária. Esta pesquisa foi realizada em uma escola municipal de Salvador, com 347 estudantes com idades entre 11 e 17 anos. Foi possível demonstrar que os diferentes tipos de maus-tratos ocorreram simultaneamente, com a maioria dos jovens relatando maus-tratos múltiplos. Adicionalmente, demonstrou-se uma associação linear entre o número de tipos de maus-tratos experimentados e a gravidade dos sintomas. Além disso, abuso emocional apareceu como importante preditor de comprometimento de saúde mental. As conclusões deste trabalho apontam para a importância de novos estudos com foco na prevenção de transtornos mentais e promoção da saúde nas escolas, pois os transtornos psiquiátricos e os mecanismos envolvidos em sua gênese são considerados um problema de saúde pública mundial.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitiva Comportamental. Terapia Cognitiva Processual. Prevenção. Ansiedade. Depressão. Maus Tratos. Adolescência.

RAGAZZO, Ana Cristina Santana Matos. **Study of the efficacy of group Trial-Based Cognitive Therapy (G-TBCT) in preventing anxiety and depressive disorders in Adolescents of a Municipal School in Salvador.** 2017. 159 s. Thesis (Doctorate in Interactive Process of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador.

## **ABSTRACT**

Trial-based Cognitive Therapy (TBCT) is a psychotherapeutic approach whose foundations are found in Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The main objectives of this study were to (1) evaluate child maltreatment and bullying as risk factors for mental disorders in adolescents, and (2) propose a preventative psychotherapeutic model for these disorders in adolescents, called Group Trial-based Cognitive Therapy (G-TBCT), an intervention adapted from TBCT to reduce anxiety and depressive symptoms in this age group. This study was conducted in a municipal school in Salvador, Bahia, with 347 students aged 11 to 17. It was possible to demonstrate that different maltreatment types often co-occurred, with the majority of youth reporting multi-types of maltreatment. Additionally, there was a linear association between the number of maltreatment types experienced and symptom severity (i.e. cumulative effect). Also, emotional abuse and neglect appeared as the most prevalent maltreatment sub-types reported by the adolescents in this sample. This study's conclusions point to the importance of studies that focus on the prevention of mental disorders and promoting health in schools, since psychiatric disorders and the mechanisms involved in their genesis are considered a worldwide public health problem.

**Key words:** Cognitive Behavioral Therapy. Trial-based Cognitive Therapy. Prevention. Anxiety. Depression. Mistreatment. Adolescence.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Principais características da depressão antes da adolescência	51
<b>Tabela 2</b>	As múltiplas modalidades de expressão da ansiedade	67
<b>Tabela 3</b>	Caracterização dos transtornos ansiosos em crianças e adolescentes	68
<b>Tabela 4</b>	Sequência dos encontros conforme os estágios da TCP-G	82
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos alunos por série, etnia e grupo de coabitantes	88
<b>Tabela 6</b>	Dados sobre <i>bullying</i> na amostra	89
<b>Tabela 7</b>	Dados sobre substâncias psicoativas	89
<b>Tabela 8</b>	Classificação dos subtipos de traumas na infância de acordo com sua gravidade	90
<b>Tabela 9</b>	Médias, desvios e correlações entre os escores da SCARED e as variáveis consideradas possíveis preditoras	91
<b>Tabela 10</b>	Análise de regressão múltipla incluindo as variáveis abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e ter sofrido <i>bullying</i> como preditoras de ansiedade medida pela SCARED	91
<b>Tabela 11</b>	Médias, desvios e correlações entre os escores do CDI e as variáveis preditoras	92
<b>Tabela 12</b>	Análise de regressão múltipla incluindo as variáveis abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e ter sofrido <i>bullying</i> como preditores de depressão medidos pelo CDI	93
<b>Tabela 13</b>	Estudo das variáveis descritivas e correlações com os tipos de maus-tratos.	94
<b>Tabela 14</b>	Correlações entre os tipos de maus-tratos	95
<b>Tabela 15</b>	Taxas de prevalência maus-tratos	96
<b>Tabela 16</b>	Associação entre os tipos de maus-tratos e sintomas psiquiátricos relatados pelos pais	98
<b>Tabela 17</b>	Associação entre os tipos de maus-tratos e as formas de psicopatologias internalizantes e externalizantes	100

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Modelo Cognitivo segundo a Teoria Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck	22
<b>Figura 2</b>	Diagrama de conceitualização cognitiva	28
<b>Figura 3</b>	Diagrama de conceitualização cognitiva da TCP (Fase 1)	31
<b>Figura 4</b>	Sugestão para disposição das cadeiras durante o Processo I	37
<b>Figura 5</b>	Sugestão para disposição das cadeiras durante o Processo II	39
<b>Figura 6</b>	Associação entre os números de maus-tratos experimentados e a gravidade dos sintomas através dos domínios de saúde mental	97

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Distorções cognitivas	24
<b>Quadro 2</b>	Exemplo de item do CD-Quest	33
<b>Quadro 3</b>	Distorções cognitivas segundo De Oliveira	34
<b>Quadro 4</b>	Estágios do desenvolvimento e intervenções adequadas	41
<b>Quadro 5</b>	Programas da TCC em grupos escolares	44
<b>Quadro 6</b>	Caracterização da adolescência	48
<b>Quadro 7</b>	Caracterização dos transtornos depressivos	54
<b>Quadro 8</b>	Tratamentos para depressão em adolescentes a partir da década de 90	58
<b>Quadro 9</b>	Intervenções cognitivo-comportamentais com jovens deprimidos	59
<b>Quadro10</b>	Componentes das técnicas na TCC para transtornos ansiosos	73
<b>Quadro11</b>	Descrição do plano de treinamento da TCP G na escola	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBCL 6/18	Child Behavior Checklist
CDI	Childhood Depression Inventory
CD-QUEST	Questionário de Distorções Cognitivas
CDRS-R	Revised Children's Depressive Rating Scale
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CN	Crença Nuclear
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DH	Androstenediona
DHEA	Deidroepiandrosterona
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMSVE	Escala Multidimensional de Satisfação com a vida em Estudantes
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EVC	Exposição à Violência na Comunidade
FSH	Hormônio Folículo-Estimulante
ISRSN	Inibidores de Recaptação de Serotonina
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pensamentos Automáticos
PS	Pressupostos Subjacentes
QUESI	Questionário sobre Trauma na Infância
RAP	Resourceful Adolescent Program
RPBP	Registro de Pensamento Baseado no Processo
SASS	Skills for Academic and Social
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised
SMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	Terapia Cognitiva

TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCC-A	Terapia Cognitiva Comportamental para Crianças e Adolescentes
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terapia Cognitiva Processual
TCP-G	Terapia Cognitiva Processual em Grupo
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
2.1	A TERAPIA COGNITIVA (TC)	18
2.1.1	<b>Conceitos da Terapia Cognitiva</b>	23
2.2	TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP)	29
2.2.1	<b>O modelo da Terapia Cognitiva Processual (TCP)</b>	32
2.3	TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA ADOLESCENTES (TCC-A)	40
2.3.1	<b>Terapia cognitiva comportamental em grupos para escolares</b>	43
2.4	A ADOLESCÊNCIA E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE	48
2.4.1	<b>A adolescência</b>	48
2.4.2	<b>Transtornos depressivos na adolescência</b>	50
2.4.2.1	Aspectos epidemiológicos	50
2.4.2.2	Aspectos clínicos e somáticos	50
2.4.2.3	Avaliação diagnóstica	52
2.4.2.4	Prognóstico e modelos de intervenção	57
2.4.2.5	Traumas na infância e depressão na adolescência	60
2.4.3	<b>Transtornos de ansiedade na adolescência</b>	64
2.4.3.1	Aspectos epidemiológicos	64
2.4.3.2	Aspectos clínicos e somáticos	65
2.4.3.3	Avaliação diagnóstica	67
2.4.3.4	Prognóstico e modelos de Intervenção	70
3	<b>OBJETIVOS</b>	74
3.1	OBJETIVO PRIMÁRIO	74
3.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	74
4	<b>METODO</b>	75
4.1.1	<b>Critérios de inclusão</b>	75
4.1.2	<b>Critérios de exclusão</b>	76
4.2	INSTRUMENTOS	76
4.2.1	<b>Questionários e escalas respondidos pelos adolescentes</b>	76
4.2.2	<b>Escalas respondidas pelos pais</b>	79
4.3	PROCEDIMENTOS	81
4.4	PROTOCOLO DE TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL PARA ADOLESCENTES – TCP-G	82
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	86
4.6	MÉTODO DE ANÁLISE DE RESULTADOS	86
5	<b>RESULTADOS</b>	88
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	88
5.2	TRAUMAS NA INFÂNCIA E BULLYING COMO PREDITORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	90
5.3	TRANSTORNOS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES DE ACORDO COM INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS	97
6	<b>DISCUSSÃO</b>	102
7	<b>CONCLUSÕES</b>	116
8	<b>PERSPECTIVAS FUTURAS</b>	118

<b>REFERÊNCIAS</b>	119
<b>APENDICES</b>	134
<b>APENDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA ALUNOS</b>	134
<b>APENDICE B – TERMO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	137
<b>APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	138
<b>APENDICE D – ARTIGO</b>	140
<b>APENDICE E – PARECER CONSELHO ÉTICA</b>	153
<b>APENDICE F – CARTA ANUÊNCIA ESCOLA</b>	158
<b>ANEXO</b>	159
<b>ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO DOS SUBTIPOS DE MAUS-TRATOS</b>	159

## 1 INTRODUÇÃO

A terapia cognitiva (TC), criada por Aaron Beck na década de 60, contribuiu de forma efetiva para o desenvolvimento das abordagens terapêuticas que fazem parte do grupo das terapias cognitivo-comportamentais (TCC). De maneira geral, as TCC são abordagens psicoterápicas ativas que ajudam o paciente a compreender seu funcionamento, através do reconhecimento de pensamentos disfuncionais e possibilitando que eles sejam reestruturados durante o processo psicoterápico.

Em 2011, surge, no Brasil, a terapia cognitiva processual, TCP (DE OLIVEIRA, 2011), cujas técnicas principais simulam um processo jurídico, justificando seu nome. A TCP tem conceituação e técnicas próprias o que a torna uma abordagem distinta.

A TCP teve início com inspiração na obra do escritor checo Franz Kafka, *O Processo* (KAFKA, 1925), cujo personagem central, Joseph K, é detido sem que lhe seja dado o direito de defesa, ou mesmo de saber de que era acusado. Irismar Reis de Oliveira, psiquiatra brasileiro, deduz que Kafka propunha o princípio universal da autoacusação, e que os pacientes com diferentes transtornos são alvos de tal processo, através do que, em TCC, se denomina crença nuclear.

A principal técnica de intervenção da TCP, o Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP), teve sua primeira avaliação em uma sessão de uma hora durante a terapia, em um estudo preliminar no qual, depois de participarem de uma simulação de júri, os pacientes (N=30) apresentaram mudanças na adesão às crenças e na intensidade das emoções negativas (DE OLIVEIRA, 2008).

Diversas pesquisas vêm sendo realizadas ao longo dos anos para testar a TCP em diferentes populações e transtornos (DE OLIVEIRA et al., 2012; DE OLIVEIRA et al., 2013; DE OLIVEIRA; DURAN; VELASQUEZ, 2012; POWELL et al., 2013). Nos últimos anos, a TCP foi adaptada para ser utilizada como abordagem preventiva em adolescentes (DE OLIVEIRA; SCHWARTZ; STAHL, 2015), com vistas a ser testada nos transtornos de ansiedade e depressão, além de outros problemas comuns nessa faixa etária.



Os transtornos de ansiedade e a depressão são prevalentes na população escolar (POLANCZYK et al., 2015). Este estudo pretende avaliar a eficácia da TCP na prevenção dessas ocorrências em adolescentes de uma escola pública municipal de Salvador. Para isso, a linguagem da TCP foi adaptada para utilização com adolescentes na modalidade denominada Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G).

Pesquisas sobre a prevenção em saúde mental com escolares crescem no Brasil e no mundo. Devido à importância do trabalho realizado no Brasil a partir da TCP, acredita-se que essa intervenção possa ser eficaz na prevenção de transtornos como depressão e ansiedade em adolescentes no contexto escolar.

Dessa maneira, este trabalho se apresenta também como uma proposta de intervenção que possibilita, além de mudanças dos pensamentos automáticos e pressupostos subjacentes, a reestruturação de crenças disfuncionais, podendo ser utilizada em grupos no contexto escolar para adolescentes.

Esta tese se compõe de seções. Nas seções 1 e 2, encontram-se a introdução e a revisão de literatura, nas quais são discutidos os conceitos de TCC, TCP e TCC para crianças e adolescentes. Os transtornos depressivos e ansiosos encontram-se na seção 2. Nas seções 3 e 4, são apresentados os objetivos e a metodologia do trabalho. Os resultados e a discussão encontram-se nas seções 5 e 6.

As conclusões e perspectivas futuras, nas seções 7 e 8, apontam limitações e sugestões para outros estudos na área.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção se destina a discutir os pressupostos teóricos da TC, da TCP, da TCC utilizada em crianças e adolescentes (TCCA) e dos transtornos depressivo e de ansiedade na adolescência.

### 2.1 TERAPIA COGNITIVA (TC)

A TC foi desenvolvida por Aaron T. Beck, psiquiatra com formação em psicanálise ortodoxa, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 60 (BECK, 1964). Em suas primeiras pesquisas sobre depressão, Beck buscou apoio empírico na teoria freudiana, que argumentava ser a raiva voltada contra o *self* a origem da depressão. Depois de suas observações clínicas e testes experimentais, Beck encontrou tendências negativas no processamento cognitivo em indivíduos deprimidos e desenvolveu uma teoria sobre os transtornos mentais, focalizando, inicialmente, a depressão. Nascia a TC, num formato de psicoterapia breve e estruturada, com o objetivo de modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais para resolver os problemas atuais dos pacientes (BECK, 1964).

Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, Beck desenvolveu uma conceitualização cognitiva própria da depressão, na qual os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios – relativos a si (o próprio indivíduo), ao mundo e ao futuro –, constituindo o que ele denominou a *tríade cognitiva* negativa (BECK, 1963,1964)

A TC sofreu influência dos sistemas mais tradicionais de terapia, como a teoria estrutural da psicanálise, a abordagem fenomenológica, o comportamentalismo e a psicologia cognitiva.

A teoria estrutural “promove o conceito da estruturação hierárquica dos processos cognitivos, com ênfase na divisão em processo de pensamento primário e secundário” (FREEMAN; DATTILIO, 1998). A abordagem fenomenológica de Adler e Karen Horney contribui com a noção de que a visão do sujeito sobre o *self* e o mundo é crucial na gênese do comportamento humano. A psicologia cognitiva ressaltou a cognição como chave no processamento de informações e na determinação do comportamento (CALLEGARO, 2011).

Segundo Beck (1997), o modelo cognitivo da TCC propõe que o pensamento disfuncional ou distorcido influencia de maneira sistêmica o humor e o comportamento, sendo, portanto, comum a todos os comportamentos, inclusive aos distúrbios psicológicos. Quando o paciente é capaz de avaliar e modificar suas cognições, incluindo pensamentos, pressupostos e crenças, é possível melhorar o humor e o comportamento. Esse modelo é capaz de compor o indivíduo de forma integrada, ao considerar as cognições e os erros de pensamento como capazes de influenciar as emoções e os comportamentos humanos. Dessa forma, ao explicar essa relação sistêmica entre pensamento, emoção e comportamento, o modelo cognitivo avança no tratamento e na prevenção de inúmeros transtornos.

Desde os primeiros resultados de pesquisa em 1977 (RUSH et al., 1977), a TC vem sendo aplicada no mundo inteiro como tratamento único ou adjunto para diversos transtornos (BECK, 1997). Esse tipo de terapia é efetiva para

pacientes diversos (PERSONS; BURNS; PERLOFF, 1988) e com diferentes níveis de educação, renda e *background*.

O modelo cognitivo de Beck baseia-se numa formulação cognitiva do transtorno ou problema do paciente e sua aplicação à conceituação, que é o entendimento do paciente sobre o caso. A partir disso, o terapeuta busca, de diversas formas e com diferentes técnicas, produzir a mudança cognitiva, que é a modificação de pensamentos e do sistema de crenças do paciente, para que as mudanças emocionais e comportamentais sejam duradouras (BECK, 1997).

Para Beck (1997), alguns princípios da TC devem ser seguidos, como formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos, aliança terapêutica segura, colaboração e participação ativa, bem como objetivos orientados por metas e focalizados em problemas. Inicialmente, enfatiza-se o presente, e, de modo educativo, ensina-se o paciente a ser seu próprio terapeuta, priorizando a prevenção da recaída. Além disso, a TC se caracteriza por tempo limitado, sessões estruturadas. Ela ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos pensamentos e crenças disfuncionais, utilizando uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento.

Esses princípios da TC sofrem variações de acordo com o perfil do paciente, sua história de vida, o transtorno ou o problema, as metas, o vínculo advindo da aliança terapêutica, os recursos do paciente para lidar com as questões do dia a dia e sua motivação.

O modelo cognitivo defende a hipótese de que as emoções e os comportamentos são influenciados pela percepção que o indivíduo tem dos eventos. Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas

sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam a situação (BECK, 1964; ELLIS, 1962).

O processamento cognitivo ocorre em três níveis. No primeiro, considerado o nível mais superficial de cognição, os pensamentos não decorrem de deliberação ou reflexão, porém surgem automaticamente, e são específicos para a situação, sendo denominados de pensamentos automáticos. Os pensamentos automáticos podem ser verbais, visuais ou em ambos os formatos, sendo avaliados de acordo com sua validade e utilidade (BECK, 1997).

No segundo nível, estão as crenças intermediárias, que se manifestam através de pressupostos, regras e atitudes. Esses pressupostos têm uma estrutura condicional do tipo “se..., então...”, que ativam as crenças nucleares, como, por exemplo, “se enfrentar um problema difícil, não consigo resolvê-lo sem ajuda” (CALLEGARO, 2011)

As crenças nucleares são cognições do terceiro nível e se iniciam na infância, período em que o indivíduo desenvolve conceitos mais globais, rígidos e generalizados sobre si mesmo e os outros (BECK, 1997).

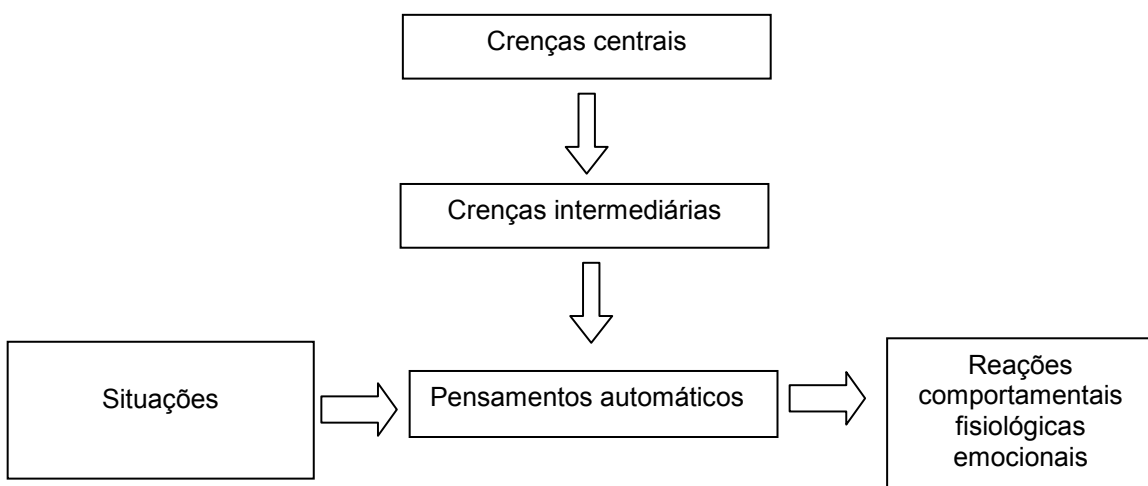
O indivíduo organiza suas experiências de modo coerente para funcionar de forma adaptativa (ROSEN, 1988). Assim, é possível afirmar que essa forma adaptativa corresponde a um processo mental processual em direção à homeostase.

Ao longo da vida, no ambiente social, as pessoas desenvolvem crenças que, muitas vezes, podem ser disfuncionais, gerando avaliações distorcidas sobre si.

A terapia cognitiva ajuda o paciente a desenvolver crenças nucleares mais funcionais e realistas, num processo colaborativo de aprendizagem, inicialmente identificando e avaliando os pensamentos automáticos a fim de modificá-los; em seguida, avalia as crenças intermediárias e centrais para determinar se elas são disfuncionais, tornando-se o foco do tratamento.

O modelo cognitivo pode ser demonstrado de forma simples no modelo apresentado a seguir.

**Figura 1** – Modelo Cognitivo segundo a Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck



Fonte: Adaptação de Callegaro (2011)

De acordo com esse modelo, as situações vivenciadas produzem pensamentos automáticos, os quais desencadeiam reações emocionais, fisiológicas e comportamentais. A terapia cognitiva baseia-se na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano, bem como na psicopatologia, na qual há uma interação recíproca de pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente. Uma mudança em qualquer desses componentes pode

iniciar modificações nos demais. A interação de fatores – genéticos, ambientais, culturais, físicos, familiares, de desenvolvimento e personalidade – predispõe o indivíduo à vulnerabilidade cognitiva (KNAPP, 2004).

O próximo tópico será destinado à discussão dos principais conceitos da terapia cognitiva.

### **2.1.1 Conceitos da Terapia Cognitiva (TC)**

A premissa fundamental da terapia cognitiva integra pensamento, emoção e comportamento. O contínuo fluxo de pensamentos faz parte do processamento cognitivo, que acontece de forma automática, não avaliativa e em nível pré-consciente. Tais cognições, que ocorrem nesse nível mais superficial, são denominadas pensamentos automáticos. Os pensamentos automáticos intermedeiam os acontecimentos externos e as reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (CALLEGARO, 2011). Em terapia cognitiva, o paciente é treinado para reconhecer, avaliar e registrar os pensamentos automáticos disfuncionais (BECK, 1997).

As crenças intermediárias, também conhecidas como pressupostos subjacentes, são regras, padrões, normas e premissas que norteiam a conduta do indivíduo. Os pressupostos subjacentes são crenças que se apresentam na forma condicional, levando o indivíduo a cumprir normas, regras e atitudes que, temporariamente, o mantêm confortável em determinadas situações. Porém, se não conseguir atender a esses pressupostos em alguma circunstância, as crenças nucleares negativas ou disfuncionais são ativadas (KNAPP, 2004).

As crenças nucleares ou centrais constituem o nível cognitivo mais fundamental e se constroem ao longo da vida, a partir das experiências que

moldam a percepção e a interpretação dos eventos, tornando-se, assim, incondicionais. Esses três níveis de cognição interagem continuamente, influenciando e modificando um ao outro.

Para além da premissa que contextualiza a relação entre cognição, emoção e comportamento do ser humano, as distorções ou erros de pensamento (distorções cognitivas) são outra importante premissa da TC. As distorções cognitivas são vieses sistemáticos na forma como os indivíduos interpretam suas experiências. Tais erros de pensamentos levam o indivíduo a avaliações equivocadas das situações, o que tem impacto negativo no seu funcionamento social. As distorções cognitivas estão classificadas no Quadro 01 a seguir.

**Quadro 1 – Distorções cognitivas**

<b>Distorção</b>	<b>Explicação</b>
Leitura mental	Acredito que posso dizer o que as outras pessoas estão pensando ou o que elas sabem o que estou pensando. Exemplo: “Ele acha que sou boba.”.
Previsão do futuro ou catastrofização	Posso prever o futuro, que as coisas vão piorar ou que há perigo à frente. Assim, passo para toda sorte de conclusões precipitadas. Exemplo: “Vou ser reprovado no vestibular”
Pensamento do tipo “e se...”	Fico imaginando “e se...” isto ou aquilo acontecer... E raramente fico satisfeito com as respostas. Exemplo: “Sim, mas... e se eu ficar ansioso?”
Desqualificação dos aspectos positivos	As minhas realizações não contam ou contam pouco. Exemplo: “A prova foi fácil, por isso consegui tirar 10.”
Filtro negativo ou abstração seletiva	Foco minha atenção quase exclusivamente nos detalhes negativos e raramente noto o todo da situação. Exemplo: “A irmã da anfitriã da festa não gostou de mim.”
Supergeneralização	Noto um padrão global de aspectos negativos com base em um único acontecimento.



	Exemplo: “Isto sempre acontece comigo. Falho em tudo que tenho que fazer.”
Rotulação	Dou atributos negativos a mim e a outras pessoas. Exemplo: “Sou um fracassado.”
Pensamento do tipo “deveria”	Interpreto os acontecimentos em termos de como as coisas deveriam ser e do que eu deveria fazer ao invés de como as coisas são e do que posso fazer agora ou no futuro. Exemplo: “Eu deveria fazer tudo bem.”
Personalização	Interpreto comentários, questões e comportamentos de outras pessoas como críticas sobre o meu valor, mesmo quando não tenho certeza de ser o caso. Exemplo: “Ela disse que estava cansada, mas o que realmente queria dizer foi que não queria ficar comigo.”
Pensamento dicotômico	Vejo os acontecimentos e as pessoas em termos de pensamentos tipo “tudo ou nada”, “preto-branco”, “oito ou oitenta”. Exemplo: “Se eu não for aceita por todos, isso significa que sou um fracasso.”
Comparações pouco razoáveis	Interpreto acontecimentos utilizando padrões pouco realistas, focando minha atenção naqueles que se saem melhor do que eu e, então, me julgo inferior nessas comparações. Exemplo: “Ela conseguiu mais sucesso do que eu.”
Tendência à lamentação	Foco minha atenção na ideia do que poderia ter feito melhor no passado e não no que posso fazer melhor agora. Exemplo: “Eu não deveria ter dito aquilo.”
Atribuição de culpa	Foco minha atenção nas outras pessoas como fontes dos meus sentimentos negativos e recuso-me a assumir a responsabilidade da minha própria mudança. Exemplo: “Ela é culpada pelo que estou sentindo agora”.
Raciocínio emocional	Permito que os meus sentimentos determinem a minha interpretação dos fatos. Exemplo: “Tenho um bom emprego e parece que meus colegas me apreciam, mas eu me sinto incompetente”.

Fonte: Beck (1995)

As distorções cognitivas são também denominadas erros de pensamento. O método terapêutico na abordagem cognitiva se constitui de

princípios fundamentais, dentre eles, o empirismo colaborativo, no qual paciente e terapeuta atuam de forma ativa na solução de problemas. Essa forma de relacionamento terapêutico tem como pressupostos a aprendizagem e o manejo do problema ou do transtorno, tornando o sujeito ativo no processo terapêutico, o que lhe proporciona mais poder (*empowerment*). Paciente e terapeuta trabalham juntos como uma equipe investigativa, desenvolvendo hipóteses sobre a acurácia ou a validade de uma série de cognições e comportamentos. O estilo de questionamento usado na terapia cognitiva comportamental baseia-se em uma relação empírica colaborativa que tem o objetivo de ajudar os pacientes a reconhecerem e modificarem os pensamentos disfuncionais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Knapp (2004) enfatiza que, por meio do questionamento socrático – assim chamado porque o filósofo Sócrates fazia questionamentos com respostas abertas –, o terapeuta vai guiando o paciente para a “descoberta”, de forma que ele entenda seus problemas, explore possíveis soluções e desenvolva um plano para lidar com as dificuldades. A “descoberta guiada” maximiza o envolvimento do paciente nas sessões, no processo terapêutico, e minimiza a possibilidade de o terapeuta impor suas convicções. Ao longo do tempo, o paciente adquire competências para lidar com problemas futuros através das habilidades apreendidas.

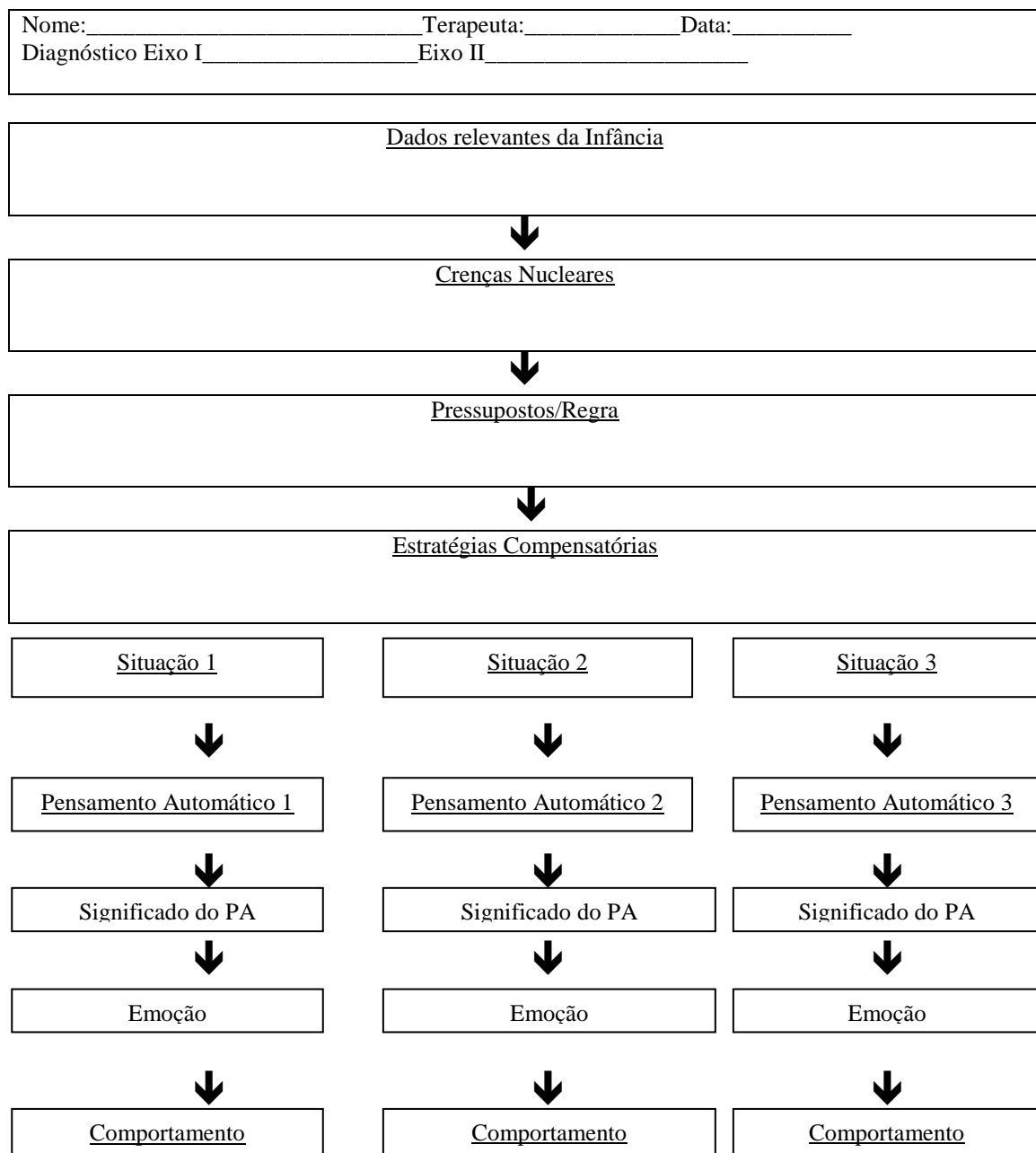
A terapia cognitiva promove psicoeducação sobre o transtorno e o problema trazido pelo paciente. As sessões são estruturadas com o estabelecimento de agenda e *feedback*, o que permite maior eficiência das sessões. De forma avaliativa, a lista de problemas e as metas do tratamento são discutidas entre paciente e terapeuta para tomadas de decisão desde o

início da terapia, visando a torná-la mais humanizada e colaborativa. No início da abordagem, elabora-se a lista de problemas e metas de tratamento, que continua com as agendas das sessões, prescrições de tarefas, resumos, *feedback*, experimentos e exercícios como partes essenciais da terapia (KNAPP, 2004).

O planejamento do tratamento, contido na conceitualização do caso, é orientado pela concepção cognitiva dos transtornos emocionais do paciente, situando-se o foco primário nos fatores cognitivo-comportamentais que mantêm as dificuldades emocionais, as crenças, os pressupostos, as vulnerabilidades da personalidade e os traumas, bem como as experiências de vida que o predisuseram aos problemas atuais. Passado e presente interagem na produção do quadro clínico idiossincrático dos problemas em curso (NEENAN; DRYDEN, 2000).

Persons (1989) enfatiza que a formulação do caso – a conceitualização cognitiva – é a habilidade clínica mais importante que o terapeuta precisa dominar, pois, para um planejamento adequado e eficaz da terapia, uma boa compreensão das distorções cognitivas e dos consequentes comportamentos mal adaptativos do paciente é crucial.

A Figura 2 mostra o formulário adaptado de Conceitualização Cognitiva proposto por Beck (1997).

**Figura 2** – Diagrama de Conceitualização Cognitiva

Fonte: Adaptado formulário Beck (1997).

Esse diagrama, adaptado do formulário de Beck (1997), exemplifica a conceitualização, que é inicialmente uma hipótese para o problema ou o transtorno. Os aspectos relacionados à infância e ao funcionamento atual do paciente são obtidos através do registro das crenças nucleares, dos pressupostos e regras, e das estratégias compensatórias, avaliados continuamente a partir de situações atuais vividas por ele.

Diante do exposto, entende-se que o planejamento do caso é realizado e revisitado em todo o seu processo, no qual o terapeuta deve investigar o paciente de forma sistêmica, em seus diversos aspectos biopsicossociais, levantando hipóteses sobre como ele desenvolveu o transtorno ou problema até o momento presente. Esse processo é realizado desde o início da terapia, no primeiro contato com o paciente e, à medida que surgem novos dados, elementos novos são incorporados e toda a formulação é revisitada no diálogo com o terapeuta.

De Oliveira (2011) utiliza os fundamentos da terapia cognitiva de Aaron Beck para desenvolver um modelo de intervenção distinto, com linguagem predominantemente jurídica, a terapia cognitiva processual, descrita a seguir.

## 2. 2 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL (TCP)

A terapia cognitiva processual (TCP) é uma abordagem psicoterápica cujos fundamentos se encontram na terapia cognitiva (TC). Desenvolvida pelo psiquiatra Irismar Reis de Oliveira em 2011 no Brasil (Universidade Federal da Bahia), as principais técnicas dessa abordagem são baseadas em uma linguagem jurídica, inspirada na obra de Franz Kafka, *O Processo* (KAFKA, 1925).

No romance de Kafka (1925), o personagem principal, Joseph K, é detido e finalmente condenado e executado sem jamais ter conhecimento da acusação. O sofrimento do acusado permeia toda a narrativa, que é carregada de autoacusação e culpa. De Oliveira (2011), a partir disso, desenvolve a TCP, propondo a autoacusação como um princípio universal atribuído a Kafka, e

desenvolve sua abordagem com técnicas capazes de reestruturar os pensamentos e as crenças disfuncionais do indivíduo.

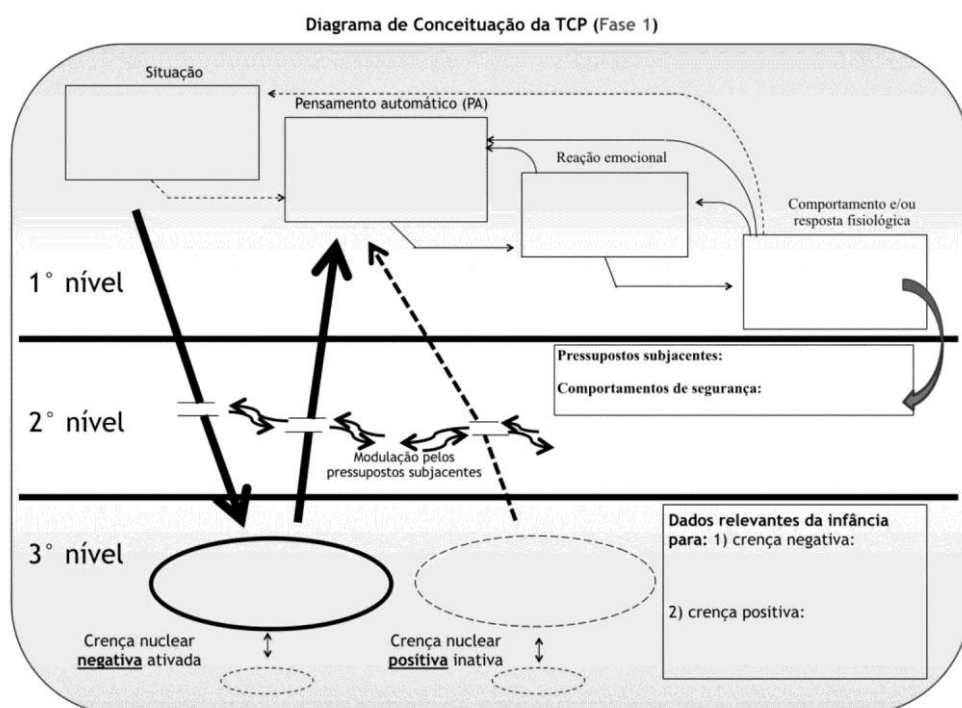
A TCP é conduzida como uma formulação de caso em três níveis e três fases de processamento das informações. No primeiro nível, as cognições são conhecidas como pensamentos automáticos (PA). No nível intermediário, as cognições são chamadas de pressupostos subjacentes (PS) ou crenças condicionais. No nível mais profundo e complexo do processamento de informações, as cognições são conhecidas como crenças nucleares (CN) ou esquemas (DE OLIVEIRA, 2016).

Segundo De Oliveira (2016), no primeiro nível, determinada situação é avaliada pelo paciente seguindo o pensamento automático, a emoção e o comportamento ou resposta fisiológica, que são gerados a partir da situação (Figura 3). As setas que retornam às caixas da emoção, do pensamento automático e da situação demonstram o viés confirmatório da natureza circular dessas interações, que se influenciam reciprocamente.

O segundo nível, segundo De Oliveira (2016), ajuda a compreender por que os comportamentos dos pacientes em situações específicas, com o objetivo de diminuir a ansiedade e gerar alívio imediato em determinados momentos, podem se tornar, progressivamente, comportamentos de segurança. Isso significa que as percepções, no primeiro nível (PA), podem se transformar em pressupostos subjacentes ou regras condicionais, que passam a ser mantidas por esse viés confirmatório. O segundo nível refere-se, portanto, à repetição de comportamentos situacionais que se tornam habituais e se transformam em comportamentos de segurança, assumindo, dessa forma, função moduladora.

De Oliveira (2016) ressalta que, no terceiro nível, as crenças nucleares incondicionais são ativadas quando os pressupostos subjacentes são confrontados. Reestruturar as crenças nucleares disfuncionais possibilita resultados mais duradouros na terapia. O diagrama de conceituação da TCP integra esses três níveis nas três fases do tratamento.

**Figura 3** – Diagrama de Conceituação Cognitiva da TCP, Fase 1



Fonte: De Oliveira (2016)

Os três níveis se relacionam e podem ser descritos ao paciente de maneira didática através desse diagrama. No primeiro nível, a conexão entre situação, pensamento automático, emoção e comportamento é avaliada. O segundo nível demonstra o caráter mantenedor das percepções advindas do pensamento automático (PA), tornando-se pressupostos subjacentes mantidos pelos comportamentos de segurança.

### 2.2.1 O modelo da Terapia Cognitiva Processual (TCP)

O modelo cognitivo da TCP é destinado, inicialmente, a educar o paciente através dos mesmos conceitos básicos da TCC. Nas sessões iniciais, identificam-se os problemas, estabelecem-se as metas para a terapia e introduz-se o modelo cognitivo, educando o paciente quanto às distorções cognitivas (DE OLIVEIRA, 2014a).

A conceitualização ou formulação do caso é um componente fundamental, desenvolvido em conjunto com o paciente nas primeiras sessões de terapia e conceituado em três níveis (Figura 3) no diagrama de conceituação cognitiva (DE OLIVEIRA, 2012), com o objetivo de ajudar o paciente a entender seu funcionamento. O diagrama de conceituação da TCP é revisitado durante todo o curso do tratamento.

De Oliveira (2014a) reafirmam os conceitos da TCC, ressaltando que os pensamentos automáticos negativos influenciam as emoções e os comportamentos, sendo comum que sejam distorcidos e resultem em reações disfuncionais, as quais, sistematicamente, produzem mais erros cognitivos, mantendo um círculo vicioso. Para facilitar esse entendimento, foi desenvolvido o Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest), um instrumento para ser preenchido pelos pacientes antes de cada sessão de terapia, a fim de facilitar as percepções da conexão entre distorções cognitivas e seus consequentes estados emocionais e comportamentos desadaptados (DE OLIVEIRA, 2014a).

O CD-Quest contém 15 itens que medem as distorções cognitivas em duas dimensões: frequência e intensidade. As pontuações podem variar de 0 a



75. Quanto mais alta a pontuação, mais distorcidos tendem a ser os pensamentos (DE OLIVEIRA, 2016).

A seguir um exemplo para demonstrar o uso CD-Quest:

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isso eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente, cujo trabalho, de umas 10 páginas, foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”

Para Paulo, o trabalho está bom ou está ruim. Esse tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta-feira a domingo (três dias) e Paulo acreditou nele pelo menos 75% das vezes, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.

Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo ou nada, preto e branco ou polarizado): vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas, em vez de considerá-las em um contínuo.

EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.*

#### Quadro 2 – Exemplo de item do CD-Quest

<b>Frequência</b>	<b>Não</b> (Não ocorreu)	<b>Ocasional</b> (1 a 2 dias durante esta semana)	<b>Boa parte do tempo</b> (3 a 5 dias durante esta semana)	<b>Quase todo o tempo</b> (6 a 7 dias durante esta semana)
<b>Intensidade Acreditei...</b>				
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Fonte: De Oliveira (2014b)

No CD-Quest, o indivíduo avalia as distorções cognitivas em frequência e intensidade.

As 15 distorções cognitivas estão apresentadas no Quadro 3. Com o CD-Quest, o paciente avalia cada erro de pensamento considerando frequência e intensidade.

**Quadro 3 – Distorções cognitivas segundo De Oliveira**

<b>Distorção cognitiva</b>	<b>Explicação</b>	<b>Exemplo</b>
1. Pensamento dicotômico (também chamado tudo ou nada, preto ou branco, ou polarizado)	Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas, em vez de considerá-las em um contínuo.	“Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”
2. Previsão do futuro (também denominada catastrofização)	Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.	“Vou fracassar e isso será insuportável.” “Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame.”
3. Desqualificação dos aspectos positivos	Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos, insistindo que eles não contam.	“Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a universidade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”
4. Raciocínio emocional	Acredito que minhas emoções refletem o que as coisas realmente são e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.	Sinto que ela me ama, “então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”
5. Rotulação	Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.	“Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa estragada.” “Ela é uma completa imbecil.”
6. Ampliação, minimização	Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e (ou) minimizando os aspectos positivos.	“Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.” “Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”
7. Abstração seletiva, (também filtro mental e visão em túnel)	Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.	“Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido” (não considerando o retorno positivo de Miguel). “Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada” (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).
8. Leitura mental	Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.	“Ele está pensando que eu falhei”. “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.” “Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”
9. Supergeneralização	Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “todo”, “inteiro” etc.	“Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras”. “Minha dor de cabeça nunca vai parar”.
10. Personalização	Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar	“Senti-me mal porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não

	outras explicações plausíveis.	agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (não considerando que ela foi sua quarta esposa).
11. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”)	Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.	“Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”
12. Conclusões precipitadas	Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las	“Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”
13. Culpar (outros ou a si mesmo)	Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, tomo para mim mesmo a responsabilidade pelos comportamentos e atitudes de outros.	“Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.” “É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”
14. E se...?	Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”	“E se eu bater o carro?” “E se eu tiver um enfarte?” “E se meu marido me deixar?”
15. Comparações injustas	Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.	“Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

Fonte: De Oliveira (2014b)

O CD-Quest, com as 15 distorções, permite ao paciente avaliar periodicamente seus erros de pensamento. A tomada de consciência das distorções possibilita a aquisição dessa habilidade e, conseqüentemente, facilita o tratamento.

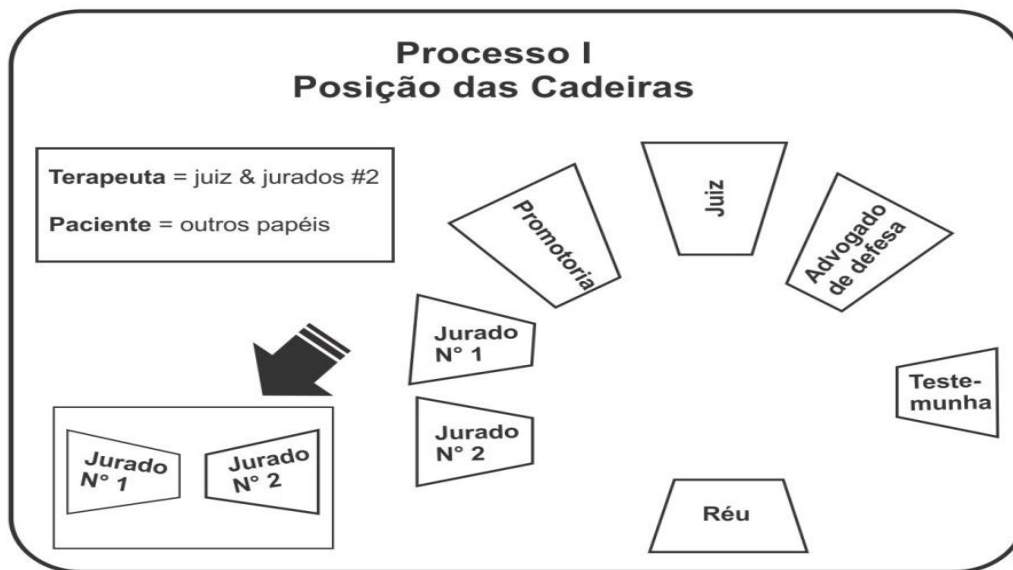
Com a TCP, De Oliveira (2008) desenvolveu técnicas para mudar e estruturar crenças nucleares disfuncionais, dentre elas o Registro de Pensamentos Baseado no Processo (RPBP ou Processo I), que recebeu esse nome por simular um processo judicial. Na TCP, a autoacusaçãõ pode ser compreendida como a manifestação de uma crença negativa ativa. Para implementar o RPBP, é fundamental conscientizar o paciente de suas crenças negativas através da técnica da seta descendente, sendo que o objetivo do

Processo I é ajudar os pacientes a desenvolverem crenças nucleares funcionais (DE OLIVEIRA; SCHWARTZ; STAHL, 2015).

Tomando a ideia de que Kafka propunha o princípio universal da autoacusação – que não possibilita uma defesa adequada do acusado –, essa técnica admite a hipótese de que a autoacusação pode ser entendida como a manifestação de uma crença nuclear negativa, quando ativada. Portanto, a razão para se desenvolver o uso da técnica é promover a consciência, por parte dos pacientes, de CN negativas em relação a si mesmos e ajudá-los a desenvolverem crenças nucleares positivas e funcionais (DE OLIVEIRA; SCHWARTZ; STAHL, 2015).

De Oliveira (2016) afirma que o Processo I incorpora, em formato e sequência estruturados, diversas técnicas já utilizadas na terapia cognitiva e outras abordagens: cadeira vazia (CARSTENSON, 1955); seta descendente (BECK, 1976; BURNS, 1980); exame das evidências (BECK, 2012; GREENBERGER; PADESKY, 1995); advogado de defesa (CROMARTY; MARKS, 1995; FREEMAN; DEWOLF, 1992; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2011); reversão de sentenças (FREEMAN; DEWOLF, 1992); seta ascendente (DE OLIVEIRA, 2011; LEAHY, 2003); desenvolvimento de um esquema mais positivo (LEAHY, 2003); diário de autoafirmações positivas (BECK, 2012); e redação de cartas (PENNEBAKER; BEALL, 1986). A Figura 4 sugere a posição das cadeiras para a realização do Processo I.

**Figura 4** – Sugestão para disposição das cadeiras durante o Processo I.



Fonte: De Oliveira (2016)

Os elementos de um julgamento jurídico são trazidos nessa técnica, em que o paciente assume diversos papéis.

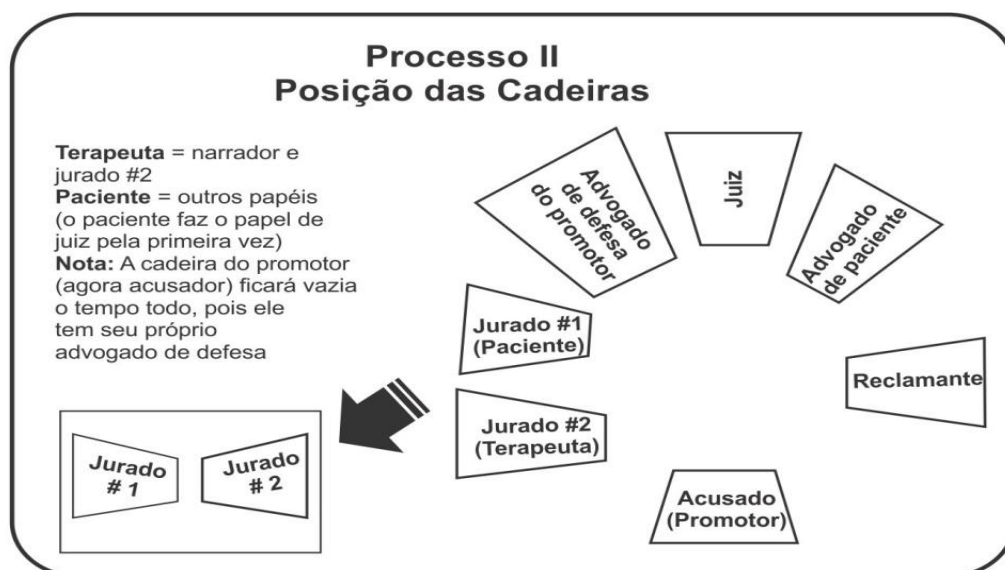
Durante a implementação do Processo I, a partir da autoacusação (crença central) trazida pela técnica da seta descendente, o paciente é encorajado a assumir, colaborativamente com o terapeuta, a responsabilidade de descobrir se a acusação é verdadeira ou falsa, através da interlocução com os personagens da justiça apresentados na Figura 4. Nesse processo, evidências e distorções cognitivas são utilizadas em favor da defesa do paciente.

Flavell (1979) atribui ao que se conhece como metacognição a faculdade de o indivíduo de planificar, dirigir a compreensão e avaliar o que foi aprendido. Segundo esse autor, no processamento das informações, a metacognição pode ser entendida como um conjunto de fatores envolvidos na interpretação e controle da cognição. A capacidade metacognitiva diz respeito ao

conhecimento dos próprios processos cognitivos como avaliação, regulação e organização dos processos mentais. Weinert (1987) complementa informando que os processos metacognitivos são considerados cognições de segunda ordem que incluem os pensamentos sobre os próprios pensamentos, conhecimentos sobre os próprios conhecimentos e reflexões sobre as próprias ações.

De Oliveira (2016), com base nessas informações, desenvolveu a técnica que denominou Consciência Metacognitiva Baseada no Processo ou Processo II, intervenção cujo objetivo é estimular o paciente a confrontar pensamentos produzidos por seu personagem interno mais crítico, representado pela figura do promotor. O paciente aprende a inversão de papéis e questiona o papel do promotor, ou seja, de seu acusador interno, tomando a autoacusação como um processo meramente cognitivo, sem base nas evidências. A Figura 5 sugere a posição das cadeiras para realização do Processo II.

**Figura 5** – Sugestão para disposição das cadeiras durante o Processo II



Fonte: De Oliveira (2016)

Os elementos de um julgamento jurídico novamente são trazidos nessa técnica, em que o paciente confronta seus pensamentos distorcidos através do promotor interno que o acusa.

A TCP se consolida atualmente como um modelo distinto em terapia cognitiva (De Oliveira, 2016), na medida em que utiliza o princípio da autoacusação e o evidencia através da metáfora vivenciada em um processo jurídico, onde os pacientes são confrontados com suas crenças negativas e disfuncionais, podendo reestruturá-las em colaboração com o terapeuta.

Existem diferentes formatos de aplicação da TCC para aplicação em públicos diversos, dentre eles a TCC para crianças e adolescentes (TCC-A), utilizada no tratamento de diversos transtornos.

### 2.3 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA ADOLESCENTES (TCC-A)

O trabalho com adolescentes representa um desafio para os terapeutas e requer extrema flexibilidade no estilo pessoal do profissional, devendo as intervenções ser selecionadas de acordo com o perfil do adolescente, para que as atividades não assumam caráter de tarefas puramente escolares (BUNGE; GOMAR; MANDIL, 2012).

A avaliação inicial em TCC-A tem caráter geral descritivo, identificando os problemas e o funcionamento geral. Trata-se de investigação com base em hipóteses a serem verificadas, sendo a conceitualização do caso um componente fundamental nesse processo investigativo (PETERSEN; WAINER, 2011).

A conceitualização é um importante passo para o trabalho terapêutico com adolescentes, devendo ser sustentada por sólida aliança. Existem diversos tipos de formulação de caso, desde aqueles indicados para crianças mais jovens (miniformulação) até os mais gerais. As miniformulações buscam trabalhar com poucos elementos de cada vez, para ajudar a criança a enxergar a conexão entre uma situação e sua maneira de se comportar, ou entre seus pensamentos e sentimentos (STALLARD, 2007).

Para conceituar o caso, as estratégias escolhidas levarão em conta as variáveis desenvolvimentais, o sistema no qual a criança e o adolescente estão inseridos e o quadro psicopatológico apresentado. O Quadro 4, a seguir, propõe os estágios de desenvolvimento e as intervenções indicadas para cada um deles.



**Quadro 4 – Estágios do desenvolvimento e intervenções adequadas**

Estágio desenvolvimento cognitivo (Piaget)	Estágio desenvolvimento moral, cognição social (Kohlberg)	Síntese do desenvolvimento cognitivo	Ênfase nas intervenções	Grau de limitações na TCC
Pré-operacional (2 a 6 anos)	Moralidade pré-convencional (estágio 1) – orientação para punição e obediência (até 6 anos)	Constância de gênero: inclusão de classe; conservação de massa e número; decorar e outras estratégias de memória. Início da metacognição (6 a 7 anos); Egocentrismo (a criança não entende que as pessoas têm perspectivas diferentes dela)	Comportamentais	Alto
Operatório concreto (ensino fundamental)	Moralidade pré-convencional (estágio 2) – hedonismo ingênuo; individualismo, propósito instrumental de troca, amizade baseada em confiança recíproca (7 a 9 anos) Estágio 3 de Kohlberg (10 a 12 anos) – bom menino, boa menina. As descrições dos outros começam a incluir qualidades internas e mais complexas	Lógica indutiva; conservação de peso. Utiliza cada vez melhor as operações concretas	Comportamentais e cognitivas	Moderado
Operatório formal (por volta dos 12 anos)	Estágio 4, sistema de consciência social: ações morais definidas por grupo social mais amplo ou pela sociedade como um todo. Devemos seguir as leis, exceto em casos extremos	Conservação de espaço e volume (11 a 12 anos)	Comportamentais e cognitivas	Baixo
Adolescência intermediária e final Adulto	Nível III: moralidade de princípios pós-convencional Estágio 5, contrato ou utilidade social e direitos individuais: agir para obter bem maior para o maior número de pessoas. Importância de vida e liberdade individual. Estágio 6: princípios éticos universais. O adulto segue princípios éticos escolhidos por ele mesmo para determinar o que é certo	Assumir flexivelmente a perspectiva alheia, pensamento “como se”	Comportamentais e Cognitivas	Baixo

Fonte: Adaptado de Bee (2008) e Petersen et al. (2011)

A conceitualização de caso difere de acordo com o diagnóstico, na medida em que os sistemas de classificação diagnóstica resumem os sintomas em termos gerais, sendo, portanto, um retrato psicológico personalizado. As classificações diagnósticas, por serem atóricas, tendem a ser mais descritivas do que explicações, enquanto que as conceitualizações de caso, por serem teoricamente inferidas, fornecem uma hipótese mais explanatória. Desse modo, é uma tarefa clínica mais ampla que o diagnóstico (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

Uma tarefa-chave da TCC-A é facilitar o processo de descoberta orientada pelo qual a criança é ajudada a reavaliar seus pensamentos, crenças, suposições e desenvolver cognições, processos cognitivos alternativos que sejam mais funcionais e equilibrados. Esse processo de autodescoberta e a promoção da autoeficácia são facilitados pelo questionamento socrático, um diálogo em que a criança e o adolescente são ajudados a prestar atenção, descobrir e ressignificar as informações novas ou ignoradas (STALLARD, 2007).

O empirismo colaborativo refere-se à abordagem baseada nos dados fornecidos pelo próprio paciente, ou seja, a experiência do sujeito reflete fundamentos fenomenológicos da terapia cognitiva. (ALFORD; BECK, 1997; PRETZER; BECK, 1996). Nesse contexto, acrescentaríamos que, em conjunto, a descoberta orientada e o empirismo colaborativo estimulam a aprendizagem significativa e o compartilhamento de experiências entre paciente e terapeuta.

De um modo geral, a terapia com crianças e adolescentes envolve o trabalho com a família e a primeira estratégia com os pais é a psicoeducação. Pais precisam ter as informações básicas gerais, como conhecimento do comportamento adequado ao desenvolvimento, reconhecimento dos antecedentes e das consequências do comportamento (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

Um aspecto importante é a psicoeducação de pais, que possui uma função instrucional, educativa e transformadora, na medida em que, ao se engajarem no processo terapêutico dos filhos, aprendem a lidar com as questões que envolvem a educação, o problema e o transtorno deles.

Outra modalidade de terapia cognitiva que vem crescendo é a TCC para crianças e adolescentes no ambiente escolar, implementada em grupo e atuando na prevenção e promoção da saúde mental.

### **2.3.1 Terapia cognitiva comportamental em grupo para escolares**

É crescente o desenvolvimento de pesquisas em torno de projetos de prevenção em escolas, devido ao fato de muitas crianças e adolescentes deixarem de ser encaminhadas para tratamento com profissionais adequados, ou porque o tratamento é oferecido tardiamente. Donovan e Spence (2000) relatam que isso ocorre porque os efeitos associados aos transtornos já estão enraizados e são mais difíceis de ser revertidos.

A TCC no contexto escolar vem crescendo (DAUNIC et al., 2006), e projetos de prevenção nas escolas têm se mostrado eficientes não só para melhorar a saúde mental de crianças e adolescentes como para contribuir no desenvolvimento de resiliência em longo prazo (PETERSEN et al., 2011). Consideramos, por conseguinte, que a escola, nesse sentido, adquire um papel fundamental na promoção do desenvolvimento social e emocional dos alunos.

Existem alguns tipos de intervenção preventiva implementados nas escolas que podem ser classificados em três níveis: por *indicação*, no qual se trabalha com crianças ou adolescentes que possuem sinais ou sintomas de algum transtorno mental (MRAZEK; HAGGERTY, 1994); *seletivo*, focado em indivíduos ou subgrupos expostos a fatores de riscos (SPENCE, 1996); e *universal*, que trabalha com todos os alunos, independentemente da presença de sintomas.

É possível notar que esses programas de intervenção nas escolas, realizados em grupos, têm a vantagem de atender a um maior número de estudantes e podem envolver toda comunidade escolar. Contudo, existem alguns desafios na execução dessas intervenções, como adaptação aos horários de aulas, o manejo da intervenção na proximidade das férias escolares, o envolvimento de toda a equipe escolar, bem como a adesão dos pais à proposta.

Outro desafio na implantação da TCC em grupos escolares, de acordo com Lowry-Webster, Barrett e Lock (2003), é a sua sustentabilidade, tendo em vista os altos custos dos profissionais clínicos para realização das intervenções, o que pode onerar sua implementação. Em alguns protocolos, os custos são minimizados com o treinamento da equipe escolar. Há evidências empíricas de que o quadro pessoal da escola, quando treinado, pode implantar, de forma eficiente, a TCC na escola. Existem alguns programas em TCC em grupos escolares como demonstra o Quadro 5 a seguir.

**Quadro 5** – Programas da TCC em grupos escolares

Programas	Público	Sessões	Componentes das intervenções
Cool Kids Program	Crianças ansiosas e seus pais	Oito sessões em grupo, para 08 a 10 crianças, e duas sessões de informação aos pais.	Psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição gradual, treinamento de assertividade, enfrentamento de provocadores e habilidades sociais. Crianças em idade escolar de 8 a 11 anos apresentaram decréscimo significativo nos sintomas de ansiedade depois da conclusão do programa e no <i>follow-up</i> de quatro meses.
Skills for Academic and Social Success (SASS)	Adolescentes com transtornos de ansiedade social	Doze sessões semanais em grupo, apoiadas por duas sessões individuais, duas sessões com os pais, quatro eventos sociais e duas sessões de reforço.	Enfatizava exposição <i>in vitro</i> a situações sociais. Pares pró-sociais se engajaram no programa para servir como modelo apropriado à idade e fornecer apoio durante os eventos sociais (FISHER; MASIA-WARNER; KLEIN, 2004).

			Mais da metade dos adolescentes que participaram do estudo do SASS não mais satisfizer os critérios para transtorno de ansiedade social após o tratamento (MASSIA WARNER et al., 2007).
The Feelings Club	Ansiedade na infância		Foco nos sentimentos negativos e pensamentos mal adaptativos. As crianças, no grupo-controle de atividades estruturadas e no programa The Feelings Club, relataram níveis reduzidos de sintomas ansiosos e depressivos. No entanto, com um ano de <i>follow-up</i> , aquelas inseridas no programa satisfizeram menos critérios diagnósticos para um transtorno de ansiedade. Manassis et al. (2010) concluíram que The Feelings Club é um programa preventivo de sucesso para crianças em risco de transtornos de ansiedade.
Programa FRIENDS	Tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes	Composto por dez sessões principais e duas de reforço. Possui três versões diferentes do seu programa para diferentes faixas etárias: fun FRIENDS de 04 a 06 anos; FRIENDS for life de 07 a 10 anos e my FRIENDS de 11 a 17 anos.	O programa tem como objetivo desenvolver a resiliência emocional, através do desenvolvimento e manutenção de habilidades e comportamentos positivos. As intervenções podem ser realizadas por não terapeutas. Crianças de 9 e 10 anos exibiram melhora em ansiedade global, autoestima, ansiedade de separação e sintomas obsessivo-compulsivos. As crianças que pontuaram como clinicamente ansiosas e as que não demonstraram níveis clínicos de ansiedade melhoraram, sugerindo a efetividade do FRIENDS tanto para tratamento de ansiedade, como medida preventiva. (STALLARD et al., 2007)
Resourceful Adolescent Program (RAP)	Prevenção de Depressão em adolescentes	Desenvolvido durante onze semanas com grupos de 15 alunos.	Intervenção acontece simultaneamente entre adolescentes, pais e professores, através de equipe não especializada. As sessões desenvolvem habilidades de enfrentamento, autoestima, controle emocional, reestruturação de pensamentos disfuncionais, resolução de problemas. Os alunos entrevistados, após se submeterem ao RAP, relataram que observaram melhora nas relações interpessoais, maior autocontrole e cognições mais úteis. (SHOCHET, et al., 2014)

Fonte: Adaptado de Lizuka e Barret (2011) e Paternostro et al. (2015)

Existem também intervenções grupais para manejo do fenômeno *bullying* no interior das escolas, devido à violência crescente entre grupos escolares. Uma revisão sistemática da literatura (PUREZA, 2013) apontou que a maioria das intervenções direcionadas para o tratamento do fenômeno *bullying*, publicada nos últimos 10 anos, assumiu a modalidade grupal nas escolas. Esses programas e intervenções apresentados na literatura podem ser realizados sob duas perspectivas: quando a intervenção acontece em toda a comunidade escolar, ou quando é planejada para grupos específicos, como, por exemplo, intervenção para vítimas do *bullying* (PUREZA, 2013).

O *bullying* é uma forma de violência que vem alcançando um patamar preocupante na educação. É um fenômeno em que uma criança ou adolescente é sistematicamente exposto (a) a um conjunto de atos agressivos (diretos ou indiretos), que ocorrem sem motivação aparente, mas de forma intencional, protagonizados por um ou mais agressores (LISBOA; BRAGA; EBERT, 2009).

Francisco e Libório (2009) ressaltam que a escola, multifacetada, vem presenciando situações de violência que estão tomando proporções assustadoras em nossa sociedade. As situações de violência, anteriormente esporádicas, se tornaram uma constante em nossos dias. Antunes e Zuin (2008) afirmam que é crucial pensar o problema da violência nesta sociedade, e, principalmente, da violência irracional no ambiente escolar, considerado um dos grandes responsáveis pela socialização das crianças.

Segundo Seixas (2006), há vários critérios que permitem distinguir o comportamento de *bullying*. Entre eles, parece haver um consenso no que diz respeito a três: 1) o fato de se tratar de uma conduta agressiva intencional; 2)

de assumir um caráter repetitivo; e 3) de requerer pelo menos dois protagonistas, envolvendo o agressor (que exerce o controle) e a vítima (que é submetida e tiranizada). Os agressores escolhem propositalmente ações que magoem ou intimidem o sujeito-alvo, sendo que essas ações usualmente ocorrem durante certo período de tempo, não se tratando de um episódio esporádico.

Existem também os denominados “alvos-autores” que, segundo Fante (2005), são alunos que ora sofrem, ora praticam *bullying*. Habitualmente, esses alunos, que passaram por situações de sofrimento na escola, tendem a encontrar indivíduos mais vulneráveis que eles para transferir as agressões sofridas. Há ainda, na comunidade escolar, as testemunhas, que são os que observam a situação, mas não impedem o *bullying*, por temerem se tornar vítimas de violência (SALMIVALLI, 1998).

Segundo Seixas (2006), os indicadores de *stress* psicológico mais comumente abordados na literatura sobre *bullying* referem-se a sintomas de depressão e ansiedade, bem como o risco de suicídio. A redução dos comportamentos de *bullying* na escola pode contribuir para, de forma generalizada, reduzir a violência na comunidade escolar e, de forma particular, prevenir o desenvolvimento de comportamentos antissociais e reduzir problemas emocionais.

## 2.4 A ADOLESCÊNCIA E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE

### 2.4.1 A adolescência

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano caracterizada por inúmeras mudanças – corporais, psicológicas e sociais –, cujos resultados, de maneira geral, são a maturidade física e reprodutiva, bem como o desenvolvimento cognitivo e intelectual, o que propicia a elaboração do pensamento formal, o posicionamento nas relações familiares e sociais e o estabelecimento da identidade psíquica e sexual (COSTA; SANTOS, 2009).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta. Do ponto de vista cronológico, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a fase entre 10 e 19 anos (WHO, 1995). Utiliza-se o termo “adulto jovem” para englobar a faixa etária que vai dos 20 aos 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade incompletos (Artigo 2º).

O Quadro 6 traz alguns conceitos importantes que caracterizam a fase da adolescência.

**Quadro 6** – Caracterização da adolescência

Fase	Idade	Caracterização
Adrenarca e gonadarca	Antecede a Puberdade (8 a 9 anos)	A adrenarca é o resultado do aumento da secreção dos androgênios suprarrenais (deidroepiandrosterona) – DHEA e androstenediona – DH, os quais são convertidos em testosterona e estradiol, responsáveis pelo surgimento de pelos pubianos no sexo feminino. Já a gonadarca, resulta da reativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, aumento dos estrogênios e testosterona, em resposta às gonadotrofinas hiposifárias (FSH e LH). Esses hormônios asseguram a maturação sexual em ambos os sexos, bem como em todos ou outros eventos somáticos na puberdade.



Adolescência precoce	10 a 14 anos	O indivíduo está preocupado com as modificações corporais das mudanças nas relações familiares. Demonstra rebeldia, críticas e ambivalência; O adolescente vivencia intensamente as relações com seus pares-grupos de iguais, embora ainda esteja ligado ao núcleo familiar.
Média adolescência	14 a 16 anos	Inicia-se a separação simbólica da família e a seleção dos amigos. É uma fase marcada pelo interesse pelo companheiro e conduta exploratória em relação à sexualidade, intensificando-se o processo de elaboração do pensamento formal. Nos meninos, ocorre a ejaculação, que é o evento que aponta a maturidade reprodutiva (espermatogênese).
Adolescência tardia	17 e 19 anos	Os relacionamentos são mais estáveis e é uma fase do estabelecimento da identidade psicossocial adulta, da autonomia perante a família, da capacidade de planejar o futuro, e ocorrem algumas mudanças quanto ao juízo crítico da família.
Puberdade	Ocorre na fase inicial (10 a 14 anos) e intermediária (15 a 16 anos) da adolescência	Refere-se a eventos físicos e corporais que ocorrem na fase inicial e na fase intermediária da adolescência e que são mediados por hormônios (fatores hipotalâmicos-hipofisários-gonadais e viscerais), tendo como resultado a maturação corporal e sexual. Na puberdade, os eventos mais evidentes são resultantes da maturação sexual e da capacidade reprodutiva, bem como do crescimento físico geral (tronco e membros). De 9 a 11 anos, nas meninas, a puberdade clínica se inicia a partir do surgimento do broto mamário (telarca) e dos pelos pubianos (pubarca), com intervalo de 1 a 2 anos para ocorrência da primeira menstruação (menarca). O crescimento pondero-estatural ocorre nas meninas concomitantemente com a telarca e desacelera após a menarca. O estirão nos meninos ocorre entre 14 e 17 anos após a maturação sexual, com o estirão mais tardio que o feminino.

Fonte: Costa e Santos (2009)

A necessidade de autonomia caracteriza o desenvolvimento psicossocial na adolescência, sendo esse processo marcado por fatores sociais e culturais. Diante dos fenômenos psicológicos que acontecem de modo simultâneo com profundas modificações corporais, esse momento, de uma maneira geral, é considerado complexo, devido às diversas perdas vivenciadas nessa fase. Segundo Rocha e Reimão (2010), a construção dessa nova identidade pressupõe perdas, como a perda do corpo infantil, a aceitação da nova imagem corporal e a separação das figuras parentais internalizadas. Conseqüentemente, gera profundas modificações, exigindo que os adolescentes assumam novos papéis em seu meio social e familiar, o que promove grande ansiedade.

A adolescência, diante desses desafios, se configura como um período de risco para o surgimento de sintomas de depressão. No entanto, diversos outros fatores representam riscos para esse grupo: problemas de ordem emocional,

mau funcionamento familiar, problemas de saúde, eventos negativos, uso de drogas e álcool e histórico de comportamentos antissociais (ROCHA; REIMÃO, 2010).

As próximas seções estão destinadas à discussão de dois transtornos bastante comuns na adolescência: a depressão e a ansiedade.

## **2.4.2 Transtornos depressivos na adolescência**

### **2.4.2.1 Aspectos epidemiológicos**

Nas últimas décadas, a epidemiologia psiquiátrica da infância e da adolescência experimentou um crescimento significativo, com a publicação de estudos em populações distintas. A depressão, nessa faixa etária, é considerada um grave problema de saúde mundial, já que estudos epidemiológicos estimam que há uma prevalência de 20% de transtornos depressivos na adolescência (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

As diferenças de gênero, na depressão, variam com a idade, com o desenvolvimento e com as diferenças e expectativas culturais (BRANCO et al., 2009) Entretanto, as meninas demonstram taxas de prevalência mais altas de depressão do que os meninos, entre 12 e 15 anos, e essa diferença se mantém na idade adulta.

### **2.4.2.2 Aspectos clínicos e somáticos**

A depressão em crianças e adolescentes só foi reconhecida como uma problemática psiquiátrica a partir da década de 70, sendo, atualmente, um problema de saúde pública. A depressão, como transtorno mental, só pode ser

compreendida em termos etiológicos como multifatorial. Estudos de neurociências demonstraram que existem componentes de vulnerabilidade biológica envolvidos na sua gênese e em seu desenvolvimento (PICCOLOTO; WAINER, 2007).

Inúmeras teorias e experimentos, por outro lado, enfatizam as relações das contingências ambientais na manutenção dos comportamentos sintomáticos, como o modelo socioambiental, enquanto que a teoria do desamparo aprendido demonstra que ambientes hostis, estressantes e estáveis propiciam a depressão em todas as faixas etárias (MÉNDEZ; OLIVARES; ROS, 2005).

No enfoque cognitivista, oriundo da terapia de Aaron Beck (1964), o foco da depressão se voltou para a relação entre os conteúdos dos pensamentos, as emoções e os comportamentos. O modelo cognitivo busca modificar os pensamentos disfuncionais e torná-los mais saudáveis, propiciando afetos e comportamentos funcionais.

A Tabela 1 resume as principais características da depressão antes da adolescência.

**Tabela 1** – Principais características da depressão antes da adolescência

Idade pré-escolar	Idade escolar
Tristeza	Tédio, solidão
Irritabilidade	Tristeza
Culpa	Falta de concentração
Desinteresse em brincar	Irritabilidade e desobediência
Alterações do sono, do apetite e do peso	Somatizações como cefaleia e dor abdominal

Fonte: Santiago (2014)

Já os sintomas da depressão em adolescentes se relacionam a queixas somáticas, retraimento social, desesperança e irritabilidade, incluindo os riscos de tentativas de suicídio, uso de substâncias e abandono da escola. Baixa autoestima, imagem corporal distorcida, inibição e enfrentamento inadequado são comuns em adolescentes deprimidos. (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004). Nesses casos, os adolescentes demonstram dificuldades acadêmicas, faltas excessivas ou evasão escolar. Comportamentos de risco e antissociais podem aumentar, incluindo uso de substâncias, vandalismo, atividade sexual insegura e acidentes ou violações de trânsito (SPEIER et al., 1995). Estudos apontam que a depressão em crianças e adolescentes possui como sintomas: déficit de atenção e hiperatividade, baixa autoestima, medos, distúrbios do sono, enurese, tristeza, dores abdominais, culpa, fadiga, desinteresse por atividades de um modo geral, passividade, agressividade, ideação suicida e problemas de aprendizagem (AJURIAGUERRA, 1977; CALDERARO; CARVALHO, 2005; LIMA, 2004).

Torna-se um desafio reconhecer sinais e sintomas de depressão em crianças e adolescentes. Friedberg e McClure (2004) enfatizam que o fato de crianças e adolescentes deprimidos cogitarem e frequentemente tentarem ferir a si mesmos exige que tratemos ativamente dessa questão.

#### 2.4.2.3 Avaliação diagnóstica

O diagnóstico de depressão não depende apenas do humor, mas também de uma avaliação funcional, pois os adolescentes deprimidos apresentam dificuldades no desempenho de suas atividades escolares e na vida social. A avaliação deve ser abrangente, incluindo informações múltiplas da criança e do

adolescente, dos pais, de professores e de outros responsáveis. Diferentes instrumentos de avaliação e entrevistas podem ser utilizados. É importante a exclusão de causas físicas dos sintomas através de uma avaliação com médicos clínicos (FRIEDBERG; MCCLURE, 2004).

Dentre os diferentes instrumentos de avaliação e entrevistas, o *Childhood Depression Inventory* (CDI) é o inventário de autorrelato de depressão mais frequentemente utilizado (FRISTAD; EMERY; BECK, 1997), apresentando-se em duas versões. Pode ser usado por crianças e adolescentes antes das sessões, assim como periodicamente para monitorar mudanças nos sintomas.

A *Revised Children's Depressive Rating Scale* (CDRS-R) avalia sintomas depressivos e depressão global, apresentando-se em formulários para pais, professores e irmãos, o que permite uma avaliação mais sistêmica. Pode ser utilizada tanto por crianças como por adolescentes (POZNANSKI et al., 1984).

Existem igualmente entrevistas clínicas desenvolvidas para avaliar depressão em crianças e adolescentes. Os inventários de autorrelato, como a *Depression Self-Rating Scale* (BIRLESON, 1981), a *Depression Adjective Checklist* (SOKOLOFF; LUBIN, 1983) e a *Children's Depression Scale Revised* (REYNOLDS; ANDERSON; BARTELL, 1985) avaliam sintomas depressivos.

Para a avaliação diagnóstica, considera-se a psicopatologia do episódio atual, a história de vida na perspectiva longitudinal da doença, antecedentes pessoais das comorbidades clínicas e psiquiátricas e a história familiar relativa a fatores hereditários e (ou) ambientais (GORENSTEIN; WANG, HUNGERBUHLER, 2016). O diagnóstico se apoia nos critérios dos sistemas de classificação, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais,

5ª edição (DSM-5), da American Psychiatric Association (APA, 2014) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (OMS, 1993).

Segundo o DSM-5, os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

As características dos transtornos depressivos baseadas nos critérios do DSM-V estão resumidas no quadro a seguir.

**Quadro 7 – Caracterização dos transtornos depressivos**

Transtorno	Características principais
Transtorno disruptivo da desregulação do humor	A irritabilidade crônica é grave, sendo frequentes explosões de raiva recorrentes e graves, manifestadas pela linguagem ou pelo comportamento, que são desproporcionais à situação.
Transtorno depressivo maior	O estado de ânimo é irritável e deprimido e ocorre diminuição do interesse ou prazer nas atividades anteriormente prazerosas.
Transtorno depressivo persistente ou distímia	Corresponde a um humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos e por menos um ano para crianças e adolescentes.
Transtorno disfórico pré-menstrual	Caracterizado por explosões de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade, que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois.
Transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento	Incluem sintomas de um transtorno depressivo, como o transtorno depressivo maior; entretanto, a abstinência está associada à ingestão, injeção ou inalação de uma substância, a exemplo de droga de abuso, exposição a uma toxina.
Transtorno devido a outra condição médica	Refere-se a um período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
Transtorno depressivo especificado	Aplica-se a apresentações em que há sintomas característicos de um transtorno depressivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no

	funcionamento social, embora não satisfaçam todos os critérios para uma classe diagnóstica dos transtornos depressivos.
--	---

Fonte: Adaptado do American Psychiatric Association (2014)

Contudo, na American Psychiatric Association (2014), o transtorno depressivo maior representa a condição clássica básica desse grupo de transtornos, sendo caracterizado por episódios distintos de, pelo menos, duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior), envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, além de remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos.

A depressão apresenta-se com características diagnósticas semelhantes na CID-10, da Organização Mundial de Saúde -OMS (1993), de acordo com a qual o número e a gravidade dos sintomas classificam o episódio depressivo em três graus: leve, moderado e grave. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhados de outros sintomas, tais como redução da concentração e atenção, assim como da autoestima e da autoconfiança, aliados a prejuízos funcionais ou sociais. O humor depressivo varia pouco no dia a dia, ou segundo as circunstâncias, e pode estar associado a sintomas “somáticos”, a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, redução de apetite, perda de peso e perda da libido.

Os critérios mencionados na CID-10 e no DSM-5 oferecem uma descrição clara dos transtornos de humor. Entretanto, o diagnóstico com crianças e adolescentes, por razões conceituais, metodológicas e desenvolvimentais, não costuma ser simples (DUMAS, 2011). A escolha, portanto, de uma intervenção, é guiada por fatores como a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo, a gravidade e as habilidades da criança ou adolescente. Nesse processo, o autoflagelo e o risco de suicídio não devem ser subestimados. Considera-se que o principal indicador da propensão suicida é a desesperança, ou seja, a visão negativa e derrotista em relação ao futuro (WAINER; PICCOLOTTO, 2011).

A depressão “pura” em crianças e adolescentes é considerada rara, de forma que a comorbidade tende a ser a regra (PETERSEN; WAINER, 2011). Os transtornos depressivos em crianças e adolescentes apresentam 40% de comorbidade com transtorno de ansiedade e 15% com transtorno de conduta, transtorno de oposição desafiante e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (BAHLS, 2002; BAUER et al., 2009; FERNANDES; CASTRO, 2011; PETERSEN; WAINER, 2011).

Nos diagnósticos diferenciais da depressão na infância e na adolescência, a dificuldade de concentração é uma característica do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), mas é também um sintoma de depressão. Normalmente, o TDAH não se apresenta com alterações de humor, embora seja preciso diferenciar a depressão unipolar da depressão bipolar, na qual episódios depressivos se alternam com episódios de mania ou de hipomania (SANTIAGO, 2014).



#### 2.4.2.4 Prognóstico e modelos de intervenção

Os prejuízos funcionais são altos em crianças e adolescentes deprimidos, seja em função da cronicidade da depressão, do transtorno comórbido, ou de ambos, produzindo dificuldades sociais e ocupacionais prolongadas, além do risco de mortalidade precoce por suicídio (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

O tratamento da depressão requer cuidados precoces, demonstrando a importância da prevenção primária para evitar o agravamento dos episódios depressivos e das associações comórbidas mais graves, bem como o suicídio.

Não existe um protocolo terapêutico único, mas programas de espectro amplo (individuais ou grupais) que incluam componentes comportamentais (atividades agradáveis, habilidades sociais, relaxamento), cognitivos (reestruturação cognitiva, reatribuição, solução de problemas) e de autocontrole (CAMINHA; CAMINHA, 2007).

A abordagem psicofarmacológica é sempre pensada como tratamento coadjuvante ao psicoterápico, com a utilização de antidepressivos para adolescentes, sendo os mais utilizados os inibidores da recaptação de serotonina (ISRSN) e os tricíclicos (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

O objetivo principal da intervenção (ou tratamento) em pacientes com depressão é a remissão dos sintomas e o retorno ao funcionamento psicossocial. Existem tratamentos para depressão em adolescentes que são baseados em evidências e foram desenvolvidos a partir da década de 1990, com protocolos comprovados. Eles estão sistematizados no Quadro 8.

**Quadro 8 – Tratamentos para depressão em adolescentes a partir da década de 90**

Tratamento	Perfil	Objetivos	Componentes
Taking action (STARK; KENDALL, 1996a, 1996b)	Jovens de 09 a 13 anos que apresentem depressão unipolar, distímia ou humor depressivo, baixa autoestima.	O foco é no alívio de sintomatologia depressiva através de: mudanças das distorções cognitivas típicas; melhora na habilidade de resolução de problemas com incremento nas estratégias de enfrentamento de eventos negativos do cotidiano; e incentivo ao engajamento em atividades que promovam o humor positivo	Num formato individual ou grupal de 4 a 8 crianças, o programa prevê 18 sessões com o jovem e 11 sessões com os familiares. Todo o programa é desenvolvido com o manual do terapeuta e do paciente. O taking action trabalha com os seguintes componentes da TCC: educação afetiva, resolução de problemas, treinamento de habilidades sociais e intervenções cognitivas.
Primary and secondary control enhancement training for youth depression (WEISZ et al., 2003)	Jovens de 08 a 15 anos	A terapêutica é baseada no modelo de dois processos de controle e enfrentamento, em que o controle primário envolve esforços para enfrentar condições objetivas, como atividades de engajamento, aceitação dos outros, tolerância a resultados de um jogo etc., e o controle secundário envolve a tentativa de enfrentar a aceitação de si mesmo, de suas crenças, expectativas etc.	Possui um escopo de sessões individuais, práticas de tarefas de casa e práticas com os pais. As habilidades enfatizadas no programa são: atividades de resolução de problemas, atividades prazerosas, calma para trabalhar a ansiedade associada à depressão, confiança, talentos para melhora da autoestima.
Terapia cognitivo-comportamental para depressão em adolescentes (WEERSING; BRENT, 2003)	Desenvolvido para adolescentes deprimidos e suicidas entre 13 e 18 anos	O conteúdo se baseia em uma adaptação do modelo cognitivo da depressão beckiano, enfatizando a alteração de cognições disfuncionais e negativas. São definidas metas em termos de auxiliar os pacientes na regulação da expressão de seus afetos, bem como da impulsividade, principalmente em pacientes com risco de autoagressão e suicídio.	O tratamento é baseado em um total de 12 a 16 sessões individuais semanais e, posteriormente, mais 4 sessões de acompanhamento por 4 meses. Os jovens são ensinados a identificar seus pensamentos automáticos e a nomear os erros de pensamento, buscando mudar seu pensamento sobre si, os outros e o futuro.
Terapia cognitivo-comportamental em grupo para depressão em adolescentes (CLARK; DeBAR; LEWINSOHN, 2003)	Adolescentes depressivos de 13 a 18 anos apresentando ou não comorbidades ou diagnóstico de distímia.	As metas da terapia são as de modificar crenças irracionais, culpa, desesperança e menos valia. É realizado um trabalho para diminuição do isolamento social, de interações interpessoais prejudicadas e da anedonia. Há incremento de habilidades sociais e de resolução de problemas para melhora nas relações interpessoais prejudicadas, conflitos, manejo da raiva, problemas familiares, diminuição dos níveis de tensão ou ansiedade e ansiedade social, e identificação das metas de vida em curto e longo prazos e das barreiras potenciais para realização dessas metas.	O protocolo é conduzido por um terapeuta, podendo ter a presença de um coterapeuta, e totaliza 16 encontros, 2 vezes por semana, durante 8 semanas. Os grupos mistos (meninos e meninas) são compostos de 6 a 8 adolescentes. Os componentes principais da TCC são: reestruturação cognitiva, psicoterapia comportamental, resolução de problemas, comunicação e habilidades de negociação, treinamento de relaxamento e definição de objetivos.

Fonte: Adaptado de Wainer e Piccoloto (2011)

As TCC são consideradas como os tratamentos mais indicados na depressão infantil e adolescente, devido a alguns fatores como: tempo limitado,

estrutura bem definida e uma série de técnicas de simples aplicação largamente validadas pela literatura. No tratamento da depressão com as TCC, é fundamental respeitar os fundamentos preconizados, como a manutenção dos componentes básicos da sessão e a busca do empirismo colaborativo, assim como a aplicação de tarefas de casa (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

As principais estratégias terapêuticas a serem desenvolvidas são: incremento de atividades prazerosas, reestruturação cognitiva, treino de resolução de problemas, treinamento de habilidades sociais e de assertividade, treinamento de relaxamento, incremento de habilidades de autocontrole e treinamento de pais, conforme se sugere no Quadro 9.

**Quadro 9** – Intervenções cognitivo-comportamentais com jovens deprimidos

Modelo teórico	Estratégias terapêuticas	Objetivo terapêutico	Principais técnicas vinculadas
Comportamental	Atividades prazerosas	Aumento geral do nível de atividade; focalização nas experiências positivas da vida; diminuição da desesperança.	Agenda de atividades, reforço positivo, tudoterapia, “curtograma” (avaliação de deveres <i>versus</i> prazeres).
Comportamental	Relaxamento	Redução dos níveis de ansiedade e estresse comumente presentes em deprimidos.	Relaxamento muscular progressivo, treinos respiratórios, dessensibilização sistemática, dessensibilização imagística, distração.
Comportamental e cognitivo	Treino dos pais	Melhora nos padrões de reforço dos comportamentos assertivos da criança ou adolescente, redução de práticas punitivas, reinterpretação dos pais do funcionamento do jovem, fortalecimento da rede social do jovem.	Psicoeducação sobre a depressão, psicoeducação sobre padrões de interação, agenda de atividades, imitação, modelagem, instruções e autoinstruções, ensaio comportamental.
Comportamental e cognitivo	Habilidades sociais	Aumento de habilidades de interação que gerem gratificações, aumento do senso de autoeficácia, mudança nos padrões comunicacionais	Economia de fichas, treino de assertividade, dramatização, <i>role-playing</i> , <i>role-playing</i> invertido, planilhas decisórias.
Comportamental e cognitivo	Reestruturação Cognitiva	Redução da valência de esquemas depressiogênicos, identificação e bloqueio de erros de pensamento, geração de interpretações mais realistas e otimistas dos estímulos.	Psicoeducação, rotulação das distorções cognitivas, diálogo socrático, seta descendente, checagem de evidências, descatastrofização, definição de termos.
Cognitivo	Autocontrole	Aumento de metacognição sobre os “gatilhos” que o levam às emoções negativas e sobre o que fazer para ficar emocionalmente estável.	Psicoeducação, treino em autoinstruções, duplo padrão, gráfico em forma de torta, diário de dados positivos.
Cognitivo	Resolução de problemas	Incremento da percepção de autonomia, identificação de novas estratégias de enfrentamento, redução da complexidade percebida nas situações.	Treino de resolução de problemas, <i>continuum</i> , consideração de alternativas, exame de oportunidade e novos significados.

Fonte: Adaptado de Wainer e Piccoloto (2011)

#### 2.4.2.5 Traumas na Infância e depressão na adolescência

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os maus-tratos na infância são definidos como "... todas as formas de violência física e (ou) emocional e (ou) sexual, bem como exploração e tratamento negligente diante das necessidades físicas e emocionais da criança e do adolescente." Os maus-tratos resultam em reais ou potenciais danos à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade (OMS, 2006).

Os maus-tratos têm sido identificados como aqueles que se encontram entre os preditores mais potentes de problemas psiquiátricos, incluindo sintomas internalizantes (ex: ansiedade, depressão) e externalizantes (ex: comportamento antissocial, uso de substâncias). O trauma, segundo Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006), pode ser uma marca para toda a vida do indivíduo, tanto no desenvolvimento psicológico, como no biológico e neuropsicológico.

Kerr-Corrêa et al. (2000) relatam que o transtorno de humor depressivo é a principal consequência mental adulta do trauma infantil. Existe estreita ligação entre história de abuso emocional na infância e diagnóstico de depressão na vida adulta (BIFULCO et al., 2002). Estudos longitudinais relacionam abuso emocional na infância com o desenvolvimento de sintomas e episódios depressivos (GIBB; ALLOY, 2006).

O abuso emocional está presente em todas as formas de violência, variando da desatenção ostensiva até a rejeição total; o abuso físico é considerado a forma mais comum de violência e de fácil diagnóstico; o abuso sexual é definido como contato ou atividades sexuais não consentidas, e as negligências são associadas a falhas ou omissões dos cuidadores na

assistência e no provimento das necessidades básicas da criança (MAYER; KOLLER, 2012).

Abuso e negligência em crianças produzem consequências na vida adulta, com riscos para a saúde mental, com o abuso de substâncias e problemas físicos (BUCKINGHAM; DANIOLOS, 2013). Enquanto a negligência se caracteriza pela ausência ou omissão, o abuso é caracterizado por ato que pode interferir no desenvolvimento saudável do indivíduo.

Em um estudo (MARTINS, 2012) conduzido em Ribeirão Preto, no qual se relacionaram eventos traumáticos e estresse, foram encontrados 54,3% de predomínio de pacientes com diagnóstico de depressão associada à ocorrência de eventos traumáticos na infância e adolescência. Ainda através desse estudo, pôde-se observar que eventos estressores durante a infância e a adolescência contribuirão para o surgimento de transtornos psiquiátricos e, conforme a gravidade do estresse precoce, medida pela quantidade de subtipos de abusos e (ou) negligências que o indivíduo sofreu, maior será a gravidade da psicopatologia, tornando-se necessário o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento, a fim de reduzir a probabilidade dessa ocorrência.

De um modo geral, as crianças sofrem maus-tratos de diferentes tipos, ao invés de um só tipo (DONG et al., 2004; WITT et al., 2016). Os tipos de maus-tratos estão significativamente correlacionados (HIGGINS; McCABE, 2000), sendo difícil distinguir os efeitos dos diferentes tipos, mesmo quando se considera que os efeitos multiplicativos de diferentes formas de maus-tratos podem afetar a psicopatologia adulta (ALLEN, 2011; ARATA et al., 2005; CECIL et al., 2017).

A exposição a maus-tratos é muito prejudicial para o desenvolvimento e o bem-estar dos adolescentes, aumentando a chance de grande variedade de problemas de saúde física e mental ao longo da vida (CICCHETTI; TOTH, 2005; McCRORY; VIDING, 2015). Os maus-tratos têm sido identificados como aqueles que se encontram entre os preditores mais potentes de problemas psiquiátricos, incluindo sintomas internalizantes (p.ex., ansiedade, depressão) e externalizantes (p.ex., comportamento antissocial, uso de substâncias). Do mesmo modo que prediz a ocorrência de sintomas psiquiátricos, considera-se também que os maus-tratos estão associados à menor idade de seu aparecimento, a mais comorbidades, à maior gravidade dos sintomas e a uma menor resposta ao tratamento quando esses problemas realmente emergem (HOVENS et al., 2010; HOVENS et al., 2012).

Um dos desafios mais importantes na pesquisa e na prática clínica nesta área é a heterogeneidade das respostas individuais aos maus-tratos. Mesmo que esteja evidente a forte correlação entre maus-tratos e saúde mental em nível populacional, tem sido demonstrado que os indivíduos que sofreram maus-tratos variam em termos de tipo, gravidade, curso e apresentação da sintomatologia – e que muitos deles demonstraram significativa resiliência (CICCHETTI, 2013). Explicitar esta multifinalidade é um passo crítico para refinar a avaliação dos riscos, a formulação do tratamento e a informação sobre o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais direcionadas (CICCHETTI; ROGOSH, 1996).

Um fator que pode contribuir para essa multifinalidade são os tipos de maus-tratos experimentados; isto é, saber se os efeitos de distintas formas de abuso ou negligência são específicos ou se são compartilhados entre os

domínios da saúde mental. Até o presente, a literatura empírica tem sido diversificada neste sentido, com diferentes estudos relatando associações específicas (variância única), não-específicas (variância compartilhada) e número-dependentes (cumulativas) entre os tipos de maus-tratos e os sintomas psiquiátricos. Alguns estudos, por exemplo, mostraram evidências de influências únicas dos tipos de maus-tratos em níveis múltiplos de funções, incluindo funções moleculares (CECIL et al., 2017), neurocognitivas (SHERIDAN; McLAUGHLIN, 2014) e comportamentais (PETRENKO et al., 2012), com as evidências mais consistentes para o impacto específico do abuso físico e sua relação com dificuldades externalizantes (LITROWNIK et al., 2005; VAN DER PUT et al., 2015).

Por outro lado, outros trabalhos de pesquisa têm demonstrado que os tipos de maus-tratos conferem ampla e geral vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, tais como ansiedade, depressão e uso de substâncias (GREEN et al., 2010; NORMAN, et al., 2012; VACHON et al., 2015). Ainda outros estudos têm relatado que o número de tipos de maus-tratos experimentados, mais do que o tipo específico em si, pode ser forte preditor de desfechos psiquiátricos (FINKELHOR; ORMROD; TURNER, 2009; LAUTERBACH; ARMOUR, 2016). Os esforços para avaliar o impacto do abuso e negligência infantis sobre a saúde mental têm sido complicados pelo fato de que os tipos de maus-tratos são altamente interrelacionados (HIGGINS; McCABE, 2000). Deste modo, o fracasso na ampla mensuração dos tipos de maus-tratos e na verificação de sua co-ocorrência pode resultar na superestimação dos efeitos atribuíveis a qualquer das formas de maus-tratos (ALLEN, 2011; CECIL et al., 2017).

Um estudo (FINKELHOR et al., 2014) com 4.503 crianças e adolescentes com idades entre 0 e 9 anos e 10 e 17 anos, respectivamente, mostrou que 23% dos indivíduos (2,8 % da amostra total) sofreram 2 ou mais categorias de maus-tratos. Outro estudo no Reino Unido (RADFORD et al., 2013) relatou que 2,5% de crianças em idade abaixo de 11 anos de idade e 6% dos jovens entre 11 a 17 anos tiveram uma ou mais experiências de abuso físico, emocional ou sexual e negligência por pais e cuidadores em 2012. Esse estudo demonstrou ainda que 8,9% das crianças abaixo de 11 anos e 21,9% dos adolescentes entre 11 a 17 anos, assim como 24,5% dos adultos jovens, tiveram experiência de maus-tratos pelo menos uma vez durante a infância.

#### **2.4.3 Transtornos de ansiedade na adolescência**

É apropriado identificar, durante a adolescência normal, períodos curtos de ansiedade, num modelo adaptativo aos novos estressores e coerente com as diferentes fases do desenvolvimento. A presença e o medo, em proporções normais, diminuem os riscos predispostos pela idade, embora o grau de prejuízo e a interferência no funcionamento diário do adolescente se configurem como um transtorno de ansiedade (SILVA FILHO; DA SILVA, 2013).

##### **2.4.3.1 Aspectos epidemiológicos**

Os transtornos de ansiedade são os que mais afetam crianças e adolescentes, com uma prevalência de 4% a 20%. Apesar disso, ainda são transtornos subdiagnosticados e subtratados. O surgimento dessas



manifestações na infância constitui forte preditor de sua ocorrência na população adulta (PETERSEN, et al., 2011)

Os transtornos de ansiedade mais prevalentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência estimada em 2,8% e 8%, as fobias específicas, com aproximadamente 15%, e a fobia social, com cerca de 10% (MERIKANGAS et al., 2010)

De um modo geral, os transtornos de ansiedade tendem a ser mais prevalentes em meninas do que em meninos, bem como em crianças mais velhas. Em particular, as meninas têm mais probabilidade do que os meninos de relatar fobias, transtornos do pânico, agorafobia e transtornos de ansiedade de separação (STALLARD, 2010).

A interação de fatores biológicos, ambientais e individuais possui, segundo Stallard (2010), papel importante na gênese da ansiedade. Segundo esse autor, isso está baseado nos princípios de multifinalidade (um único fator conduz a resultados múltiplos) e equifinalidade (muitos caminhos podem conduzir ao mesmo resultado).

#### 2.4.3.2 Aspectos clínicos e somáticos

É sabido que os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes são comuns e constituem o maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância, podendo causar efeito significativo no funcionamento, interferir na trajetória do desenvolvimento, na aprendizagem e nas relações sociais e familiares.

A resposta à ansiedade é complexa e envolve componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais. O componente cognitivo envolve a avaliação

de situações e eventos como antecipação de risco; o componente fisiológico prepara o corpo para a ação necessária (exemplo: luta e fuga); enquanto o componente comportamental ajuda a criança ou o adolescente a antecipar e evitar um perigo futuro (STALLARD, 2010).

A comunidade científica destaca que a preocupação é um dos componentes cognitivos mais importantes da ansiedade, além de apreensão, pânico, medo e irritabilidade. Diversas preocupações afetam essa população, incluindo desde problemas de saúde e desastres até as amizades, a escola e o desempenho, de maneira geral.

Muitas crianças e adolescentes ansiosos experimentam queixas corporais ou somáticas. Elas aparentam inquietação, podendo estar desconfortáveis com seu próprio corpo. Comumente, relatam sudorese profunda, tontura, vertigem, desconforto estomacal, taquicardia, falta de ar e irregularidades intestinais (FRIEDBERG; MCCLEURE, 2004). A ansiedade tem modalidades múltiplas de expressão. Existem quatro elementos importantes que permitem distinguir os medos e as angústias passageiros da ansiedade patológica (DUMAS, 2005). A Tabela 2 fornece alguns exemplos de suas modalidades de expressão em cada um desses níveis.

**Tabela 2** – As múltiplas modalidades de expressão da ansiedade

Emocional	Sentimentos extremos de medo, angústia, fraqueza, impotência e desespero; falta de segurança e de autoestima
Mental	Atenção “cativa”, pessimismo, negatividade, ideias falsas do perigo, ruminacões ansiosas e frequentemente extenuantes.
Corporal	Tensão, agitação geral ou calma incomum, gestos de proteção, respiração rápida, ritmo cardíaco acelerado ou irregular, transpiração excessiva.
Comportamental	Evitação ou fuga, recusa de assumir riscos ainda que moderados, timidez e “invisibilidade” social.

Fonte: Dumas (2011)

O desenvolvimento de transtornos de ansiedade em crianças e jovens envolve diversos fatores: biológicos, ambientais e individuais. Uma vulnerabilidade biológica, através da genética e do temperamento, na forma de hipersensibilidade ao estresse e a desafios, predispõe as crianças ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade (STALLARD, 2010). Sendo a família uma das influências ambientais mais importantes para as crianças, esse sistema pode modelar ou reforçar o comportamento ansioso (STALLARD, 2010).

#### 2.4.3.3 Avaliação diagnóstica

No processo de investigação das diferentes variáveis envolvidas na determinação dos transtornos de ansiedade, deve ser contemplado o contexto da criança e do adolescente. É pertinente envolver a família e a escola na coleta de dados durante o período de avaliação, investigando os possíveis estressores familiares ou sociais envolvidos nos sintomas (PETERSEN et al., 2011). Na avaliação inicial, é dada atenção especial aos fatores de risco e à proteção do contexto ambiental da criança.

É perceptível, ainda, que as características básicas dos transtornos de ansiedade sejam as mesmas para adolescentes e adultos, sendo que, no primeiro grupo, destacam-se características peculiares. Os principais transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes incluem, segundo o DSM-5, transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada. As principais características da ansiedade em crianças e adolescentes estão resumidas na Tabela a seguir, com base nos critérios do DSM-5.

**Tabela 3** – Caracterização dos transtornos ansiosos em crianças e adolescentes

Transtorno	Características principais
Transtorno de ansiedade de separação	Ansiedade e preocupação excessiva, relativas à separação das pessoas amadas.
Mutismo seletivo	Fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa de que se fale.
Fobia específica	Consiste no medo ou ansiedade excessiva em relação a objeto ou situação específica (ex. altura, sangue).
Transtorno de ansiedade social	A característica essencial é o medo persistente relacionado a situações sociais.
Transtorno do pânico	Ataques de pânico inesperados e recorrentes, caracterizados por início repentino acompanhado de sintomas físicos que causam desconforto intenso.
Agorafobia	O medo ou ansiedade em situações em que pode ser difícil escapar (ex. lugares fechados)
Transtorno de ansiedade generalizada	Preocupação excessiva e incontrollável em relação a inúmeros eventos e atividades, acompanhada de sintomas físicos desconfortáveis.

Fonte: Adaptado de Farrell, Milosevic e McCabe (2015)

Segundo a OMS (1993), na infância e na adolescência, os transtornos de ansiedade representam mais um exagero de tendências desenvolvimentais normais do que entidades clínicas qualitativamente distintas. Essas modalidades descrevem uma fenomenologia muito complexa, que difere de uma pessoa para outra, de contextos sociais e culturais diferentes, o que

invariavelmente torna difícil o diagnóstico clínico e a diferenciação da ansiedade normal em relação à patológica.

Dessa forma, o diagnóstico e a avaliação dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes devem estar baseados em uma entrevista clínica completa e no uso de métodos e fontes múltiplas, levando-se em consideração informações de diferentes contextos, e adaptados ao desenvolvimento da criança. Os métodos múltiplos incluem entrevistas, observações e escalas de mensuração que captam as diferentes formas pelas quais os transtornos e os sintomas de ansiedade podem estar presentes (STALLARD, 2010).

As entrevistas gerais podem ser complementadas por entrevistas diagnósticas focadas – tais como: *Anxiety Disorders Interview Schedule* *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (HERJANIC; REICH, 1982; SILVERMAN; ALBANO, 1996; SILVERMAN; SAAVEDRA; PINA 2001) *Diagnostic Interview Schedule for Children* (SHAFFER et al., 1996; SHAFFER et al., 2000); *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (KAUFMAN et al., 1997) – que possibilitam uma forma sistemática de avaliar a presença de sintomas em relação aos critérios diagnósticos, tipicamente de acordo com o DSM 5, devendo ser usadas pelo clínico de modo flexível.

Algumas escalas e questionários de autorrelato – tais como *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (REYNOLDS; RICHMOND, 1978), *Fear Survey Schedule for Children Revised* (OLLENDICK, 1983), *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MARCH et al., 1997), *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Revised* (BIRMAHER et al., 1997), *Spence Children's Anxiety Scale* (SPENCE, 1997, 1998), *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (SPIELBERGER et al., 1973) – são comumente utilizados com o

objetivo de quantificar sistematicamente a natureza e a extensão da ansiedade do adolescente, embora existam limitações em muitas medidas para distinguir os transtornos de ansiedade específicos. Entretanto, esses instrumentos são úteis no contexto clínico.

É sabido que a complexidade da ansiedade sugere a necessidade de avaliar cognições, comportamentos e respostas fisiológicas nos diferentes contextos. A avaliação deve incluir entrevistas clínicas para coleta de informações junto aos pais e professores, observações sobre o comportamento disfuncional e os respectivos sintomas fisiológicos e cognitivos, além da avaliação familiar. O processo de avaliação pode ser dividido em quatro fases: identificação do problema e escolha do comportamento-alvo; escolha e esquematização de um programa de tratamento; medidas periódicas da sintomatologia clínica ao longo do tratamento; e avaliação do resultado final do tratamento e seguimento (BORNSTEIN; KNAPP, 1981).

#### 2.4.3.4 Prognóstico e modelos de intervenção

É de conhecimento geral que os transtornos de ansiedade na infância costumam ter quadros mistos. Na fase adulta, apresentam maior risco de comorbidades, psicopatologia e ainda dificuldades de adaptação em diferentes áreas, a exemplo da área acadêmica e dos relacionamentos pessoais e familiares.

A evolução dos transtornos de ansiedade e seu futuro, na idade adulta, variam e dependem de vários fatores, como sexo, idade de início e gravidade dos sintomas, assim como presença de transtornos comórbidos e acesso a atendimento especializado (DUMAS, 2011).

Apesar de o desenvolvimento e a evolução dos transtornos variarem, há, em todos os casos, uma progressão semelhante. Em uma primeira fase, a ansiedade tem um lado objetivo: são medos normais, ainda que exagerados. Numa segunda fase, a antecipação subjetiva daquilo que a criança ou o adolescente teme passa a predominar, com aumento da preocupação e do medo (DUMAS, 2005).

Embora os métodos de diagnóstico dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes sejam semelhantes aos utilizados com adultos, a avaliação e o tratamento da ansiedade patológica apresentam características específicas. Diferentemente dos adultos, medicamentos psicoativos, como antidepressivos e ansiolíticos, não são considerados como terapêutica de primeira escolha em crianças e adolescentes portadores de transtorno de ansiedade. São indicados apenas quando os sintomas são intensos e interferem no desempenho global do indivíduo, para atuar no alívio imediato do desconforto físico e subjetivo. O tratamento objetiva ensinar a criança a reconhecer sua ansiedade, desenvolver habilidades para lidar com ela e melhorar o desempenho em tarefas de rotina, criando um senso de conquista em experiências que envolvam desafios e dificuldades (KENDALL et al., 2004).

Nas últimas décadas, avanços consideráveis foram realizados, tanto do ponto de vista psicofarmacológico quanto psicoterápico, no que diz respeito ao tratamento dos transtornos ansiosos. Os sintomas ansiosos geram desconforto significativo para o indivíduo. Uma das formas que a criança ou o adolescente encontra para evitar tal sofrimento é esquivando-se da exposição ao estímulo temido. Em curto prazo, a esquiva reduz o estresse, servindo de recompensa.

Entretanto, o estímulo continua existindo e, em longo prazo, os sintomas acabam sendo mantidos, levando a um ciclo disfuncional (TELES, 2014).

Nesse contexto, pesquisadores e clínicos fazem alusão à TCC como terapêutica para os transtornos ansiosos, uma vez que essa modalidade de tratamento tem como base a mudança de padrões de pensamento e do aprendizado mal adaptativo. A TCC para os transtornos de ansiedade envolve diferentes técnicas comportamentais e cognitivas relacionadas aos problemas que englobam as variáveis biológicas e ambientais.

O tratamento normalmente se divide em duas etapas: estratégias facilitadoras e exposição às situações temidas, devendo se iniciar com a familiarização com o modelo do tratamento por meio de psicoeducação. O tratamento objetiva ensinar à criança ou ao adolescente a reconhecer sinais de ansiedade, a fim de enfrentá-los, aprender a identificar os processos cognitivos envolvidos nos quadros de ansiedade e receber treinamento em relaxamento (PETERSEN et al., 2011).

As intervenções na terapia estão relacionadas ao manejo da ansiedade, cujo objetivo é ajudar crianças e adolescentes a reconceituarem seus problemas, aprendendo a lidar com as novas situações sem se sentir em constante ameaça e perigo. Para isso, são utilizadas técnicas como relaxamento, treino de imaginação, solução de problemas, manejo de recompensa e reestruturação cognitiva (KENDALL et al., 2004).

Os componentes das técnicas utilizadas nos transtornos de ansiedade estão apresentados no quadro a seguir.



**Quadro 10** – Componentes das técnicas na TCC para transtornos ansiosos

Técnica	Objetivos	Utilização
Relaxamento	Ensina a criança a tensionar e relaxar vários grupos musculares, focalizando as sensações decorrentes da tensão corporal e utilizando essas sensações como dica para relaxar.	Deve ser praticado duas vezes ao dia como tarefa de casa.
Treino de imaginação	Inclui atividades que incentivam o lado imaginativo da criança, facilitam a interação entre terapeuta e paciente por meio do aspecto lúdico e promovem a aprendizagem de estratégias para enfrentar a ansiedade.	O paciente é treinado a se imaginar em uma situação que induz o relaxamento, e depois é exposto a uma situação de tensão, devendo permanecer concentrado no estado de relaxamento.
Solução de problemas	Ensina a lidar com uma situação ansiogênica como um problema a ser resolvido, e não como algo incontrolável e sem saída.	Terapeuta e paciente trabalham na identificação do problema e nos objetivos a serem atingidos para a sua solução.
Manejo de recompensa	Promover uma experiência agradável com objetos e situações temidas, a fim de facilitar a maior aderência ao tratamento. Indicado para quadros fóbicos e ansiosos.	Cada aproximação do objeto e (ou) situação temida deve ser seguida de alguma espécie de recompensa, associando-se uma experiência agradável à vivência do medo. Os familiares são instruídos a não reforçar os comportamentos de medo.
Reestruturação cognitiva	Visa a corrigir pensamentos antecipatórios catastróficos e expectativas negativas sobre acontecimentos futuros, em geral não realistas, e que contribuem para o agravamento de comportamentos disfuncionais.	Consiste em ensinar os pacientes a identificarem os pensamentos que ocorrem antes e (ou) diante de situações temidas e os efeitos negativos que eles têm sobre seu comportamento.
Modelação	Permite ao paciente aprender um novo comportamento pela observação e imitação de um modelo. A aprendizagem de que é possível ter reações controladas diante de situações temidas reduz o medo e facilita a aquisição de habilidades mais apropriadas.	O terapeuta planeja demonstrações de acordo com as dificuldades específicas do paciente, a partir da hierarquia de sintomas, partindo dos que causam menos ansiedade para aquelas que são mais ansiogênicas.
Dramatização	Visa ao controle e à redução da ansiedade com o uso da imaginação.	O terapeuta planeja atividades a fim de reduzir a ansiedade, como, por exemplo, a troca de papéis, em que o paciente assume outros papéis.
Exposição	Considerada a exposição mais eficaz para os transtornos de ansiedade, que consiste na exposição ao objeto temido.	O terapeuta deve avaliar o momento de realizar a intervenção ao vivo, se certificando de que o paciente já tenha a compreensão e controle sobre o transtorno.

Fonte: Adaptação de Kendall et al. (2004)

É recomendável que o terapeuta utilize as técnicas disponíveis de acordo com o paciente, levando em consideração suas características e variáveis como comorbidades e níveis de desenvolvimento, bem como os estressores familiares e ambientais. Os pais, como em todas as terapias, exercem um papel importante como colaboradores no tratamento de seus filhos.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS

- Avaliar diferentes formas de maus-tratos na infância como preditores de ansiedade e depressão na adolescência;
- Propor um modelo psicoterápico preventivo, denominado Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G), para sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes.

#### 3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Caracterizar os adolescentes quanto à presença de maus-tratos na infância;
- Avaliar as associações entre os tipos de maus-tratos e os transtornos internalizantes e externalizantes;

## **4. MÉTODO**

A escolha da Escola Municipal Visconde de Cairu, situada na Rua Frederico Costa, nº 73, Brotas, no município de Salvador, aconteceu a partir de contatos realizados com a Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Salvador (SMEC), que forneceu uma lista de escolas. Após algumas visitas institucionais, a Escola Municipal Visconde de Cairu foi escolhida por possuir infraestrutura mínima para a realização das intervenções.

A escola funciona com doze turmas do 6º ao 9º ano (6a, 6b, 6c, 6d, 7a, 7b, 7c, 8a, 8b, 8c, 9a, 9b) do ensino fundamental II, num total de 378 alunos, matriculados nos turnos matutino e vespertino, e quatro turmas do EJA-Educação de Jovens e Adultos, no turno noturno.

A coleta de dados e início das aulas aconteceu do dia 04 de março de 2015 e se estendeu até 24 de fevereiro de 2016, compreendendo desde a seleção inicial da amostra, passando pelo desenvolvimento do estudo, até o período de seguimento.

### **4.1.1 Critérios de inclusão**

- Alunos matriculados no ensino fundamental na escola pública municipal.
- Idade entre 11 e 17 anos.
- Alunos cujos pais tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e concordaram em participar do estudo de forma voluntária, assinando termo de assentimento.

#### 4.1.2 Critérios de exclusão

- Alunos com redução de acuidade visual identificada pela dificuldade em ler e responder questionários.
- Alunos com deficiência intelectual.

## 4.2 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foram utilizados questionários sociodemográficos e os instrumentos abaixo referidos para estudantes e pais.

### 4.2.1 Questionários e escalas respondidos pelos adolescentes:

#### Questionário de Pesquisa – Alunos (APÊNDICE A)

Esse questionário foi elaborado para o estudo e contém questões sobre os dados de caracterização sociodemográfica, experiência com *bullying* e uso de substâncias psicoativas. Para o uso de substâncias psicoativas, três questões foram formuladas quanto ao uso de álcool, maconha e outras drogas nos últimos 6 meses pelos estudantes. Para o fenômeno *bullying*, foram elaboradas duas questões relacionadas à frequência com que o estudante praticou ou sofreu *bullying* desde o último semestre escolar.

*Screen for Children and Anxiety Related Emotional Disorders – Child version* SCARED (BIRMAHER et al., 1997; BIRMAHER et al., 1999)

A *Screen for Children and Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) é uma escala originalmente desenvolvida por Birmaher et al. 1997. É uma das escalas mais utilizadas na avaliação de sintomas ansiosos na infância e na adolescência e pode ser aplicada tanto em amostras clínicas

quanto em amostras não clínicas. O público-alvo é composto por crianças e adolescentes entre 8 a 18 anos. A SCARED pode ser aplicada tanto em amostras comunitárias quanto clínicas, sendo autoaplicáveis ou preenchidas pelos pais.

Essa é uma versão de autorrelato de 41 itens divididos em cinco fatores que avaliam pânico e sintomas somáticos (13 itens); ansiedade generalizada (9 itens); ansiedade de separação (8 itens); ansiedade social (7 itens) e recusa escolar (4 itens). A frequência e a intensidade dos sintomas, avaliadas com referência aos últimos três meses, são pontuadas em uma escala ordinal de 0 a 2 da seguinte forma: 0 = “nunca ou raramente”; 1 = “algumas vezes”; e 2 = “bastante ou frequentemente”. Escores mais altos representam, portanto, maior frequência ou intensidade dos sintomas. A pontuação final (escore total) refere-se à soma dos escores de todos os itens. O escore, na versão com 41 itens, pode variar de 0 a 82.

Para avaliar confiabilidade da versão brasileira da escala, um estudo (ISOLAN et al., 2011) com uma amostra comunitária de 2.410 estudantes com idades entre 9 e 18 anos avaliou as propriedades psicométricas da SCARED com 41 itens. Foi encontrado alfa de Cronbach de 0,90 para a escala total, de 0,83 para o fator pânico e somático, de 0,77 para o fator ansiedade generalizada, de 0,69 para o fator ansiedade de separação, de 0,74 para o fator ansiedade social e de 0,45 para o fator recusa escolar. A confiabilidade teste-reteste do escore total da escala, com intervalo de duas semanas entre as aplicações, foi boa ( $r = 0,68$ ;  $ICC = 0,81$ ). Para a versão brasileira (ISOLAN et al., 2011), a análise fatorial confirmatória deu suporte à estrutura original de cinco fatores, que se mostrou adequada para crianças e adolescentes de ambos os sexos. A curva ROC sugeriu um ponto de corte de 22 para o escore total.

*Childhood Depression Inventory* (COUTINHO et al., 2014; KOVACS, 2003)

O inventário de Depressão infantil foi criado por Kovacs et al. (1992, 2003), a partir de uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck para adultos. O objetivo do CDI é verificar a presença e a gravidade de sintomas de

depressão em jovens de 7 a 17 anos. Trata-se de um instrumento de autorrelato, com 20 itens e fator único, que avalia sentimentos de tristeza, de solidão e de se sentir mal, vontade de chorar, preocupações pessimistas, irritabilidade e ideação suicida (COUTINHO et al., 2014). Inclui fadiga e preocupação com dores ou adoecimento. Cada item possui 3 afirmações e são pontuados em uma escala ordinal de 0 a 3 pontos, sendo que o valor mais alto corresponde ao pior sintoma depressivo.

Com ponto de corte de 18 pontos, o instrumento foi traduzido e validado no Brasil por Gouveia et al. (1995). Revelou-se um instrumento unidimensional, com boa consistência interna e confiabilidade. A criança é orientada a assinalar a alternativa que melhor descreve como tem se sentido nas duas últimas semanas. Diversos estudos normativos relataram a validação do constructo, verificando sua estrutura fatorial.

Em um estudo (GOMES et al., 2013) que revisa os artigos científicos sobre o CDI, publicados no período de 2000 a 2010, verificou-se que a maior parte das pesquisas foi conduzida, a partir de 2005, em escolares, com o objetivo de verificar a associação de sintomas depressivos e variáveis psicossociais. Esse estudo relatou um trabalho (COUTINHO et al., 2008) que obteve o maior índice de consistência interna, cujo valor alfa de Cronbach foi igual a 0,91. Tal resultado indica que os itens do CDI apresentaram correlações indicativas de homogeneidade de conteúdo.

#### Questionário sobre Traumas na Infância (BERNSTEIN et al., 2003)

O QUESI consiste na versão brasileira do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) e é um instrumento de autorrelato retrospectivo para adolescentes, composto por 28 itens distribuídos em cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. O participante assinala 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância e na adolescência. A chave de respostas do teste apresenta-se em uma escala Likert de cinco pontos em que “1” significa que nunca ocorreu; “2” que ocorreu poucas vezes; “3” que ocorreu às vezes; “4” que ocorreu muitas vezes; e “5” que ocorreu sempre. A escala proporciona

cinco escores contínuos (um para cada tipo de trauma). A correção determinada por Bernstein et al. (2003) estabelece que cada subescala tenha cinco itens cujos valores devem ser somados, de forma que o escore de cada subescala varie de 5 a 25 pontos. É necessário que, ao corrigir a escala, atente-se para o fato de que alguns dos itens devem ter seus valores invertidos, isto é: o valor 5 se torna 1; o 4 se torna 2; o 3 se mantém 3, e assim por diante. Em contexto de pesquisa, autores utilizam o escore total do CTQ como uma medida geral do trauma – a qual varia de 25 a 125 pontos.

O *Childhood Trauma Questionnaire* (BERNSTEIN et al., 2003) foi traduzido e validado no Brasil por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006). Além disso, foram realizados testes de validade de face, ou de compreensão semântica. A escala brasileira foi exposta a processos de confiabilidade e validação que contaram com a avaliação da consistência interna das subescalas; o valor de alfa de Cronbach se manteve acima de 0,80 para todas elas, exceto negligência física (alfa = 0,46).

#### 4.2.2 Escalas respondidas pelos pais

*Screen for Children and Anxiety Related Emotional Disorders – Parental version* (BIRMAHER et al., 1997; BIRMAHER et al., 1999)

Originalmente desenvolvida por Birmaher et al. (1997), essa é uma das escalas mais utilizadas na avaliação de sintomas ansiosos na infância e na adolescência, e pode ser aplicada tanto em amostras clínicas quanto em não clínicas. Essa é uma versão autoaplicável de relato parental de 41 itens, dividida em cinco fatores que avaliam: pânico ou sintomas somáticos (13 itens); ansiedade generalizada (9 itens); ansiedade de separação (8 itens); ansiedade social (7 itens); e recusa escolar (4 itens). Pode ser aplicada a pais e cuidadores. No Brasil, foi traduzida e adaptada por Isolan et al. (2011). Deve-se considerar que a SCARED é um instrumento de triagem e que seus escores indicam o grau de frequência ou intensidade dos sintomas de ansiedade. A frequência e a intensidade dos sintomas, avaliadas com referência aos últimos

três meses, são pontuadas em uma escala ordinal de 0 a 2 da seguinte forma: 0 = “nunca ou raramente”; 1 = “algumas vezes”; e 2 = “bastante ou frequentemente”. Escores mais altos representam maior frequência ou intensidade dos sintomas. A pontuação final (escore total) refere-se à soma dos escores de todos os itens. O escore total, na versão com 41 itens, pode variar de 0 a 82.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos CBCL/6-18 (ACHENBACH; RESCORLA. 2001).

O sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) é composto por inventários aplicáveis a indivíduos de diferentes idades. Esse sistema contém instrumentos que fazem o mapeamento das competências e dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes a partir do relato de vários informantes.

O CBCL /6-18, além da tradução, apresenta estudos que apontam suas propriedades psicométricas para uso no Brasil. Na primeira página do instrumento, são registrados dados de identificação, tais como nome da criança ou adolescente, data de nascimento, escolaridade e dia da aplicação. As questões fechadas são destinadas a avaliar competências e problemas emocionais ou comportamentais, que devem ser respondidas de acordo com uma escala Likert que varia de 0 a 2. O informante deverá assinalar “0” caso a afirmação não seja verdadeira, “1” se a afirmação for um pouco ou algumas vezes verdadeira, e “2” caso a afirmação seja muito ou frequentemente verdadeira. O inventário também possui questões abertas para que o informante possa descrever as qualidades e preocupações relativas à criança ou ao adolescente em questão. O CBCL /6-18 possui 138 itens, sendo que 20 itens referem-se a competências (competências em atividades, competência social e competência escolar) e 118 itens a problemas comportamentais.

As somas dos pontos obtidos são indicadas no escore bruto (*raw score*), refletindo diretamente a pontuação obtida em cada escala. Os resultados são apresentados em termos de percentis, que refletem a posição em comparação à amostra normativa do instrumento. Para interpretação dos resultados, foram



estabelecidos pontos de corte para a faixa normal, a clínica e a limítrofe. Escores na faixa clínica são indícios de problemas; escores na faixa limítrofe constituem uma pontuação alta o suficiente para despertar preocupação.

A versão original de todos os instrumentos ASEBA apresenta bons índices de confiabilidade. A consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, variou de 0,78 a 0,97 para o CBCL. A estabilidade ou confiabilidade teste-reteste, calculada por meio de correlações de Pearson entre os instrumentos aplicados com oito dias de intervalo, foi de 0,88 (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

As informações contidas nesse questionário podem ser utilizadas para auxiliar no diagnóstico, permitindo comparar o funcionamento da criança ou adolescente alvo da atenção antes e depois do tratamento, especialmente porque tornam possível quantificar as melhorias obtidas.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS

Neste estudo, não houve cálculo do tamanho amostral, tendo-se optado por uma amostra de conveniência, que incluiu a totalidade dos alunos da escola que preenchessem os critérios de inclusão. Este estudo trata-se de uma proposta de intervenção preventiva universal (descrita no Artigo 1) que trabalha com todos os alunos, independentemente da presença de sintomas ansiosos ou depressivos. Foram treinados 14 psicólogos auxiliares de pesquisa para a aplicação dos instrumentos e 6 psicólogos foram selecionados para realizar o treinamento para aplicação do TCP-G. Esse treinamento ocorreu em 05 etapas, nos meses de janeiro a junho de 2015, somando um total de 40 horas.

O questionário e os instrumentos de alunos foram aplicados num caderno único nos dias 23, 24, 25 e 29 de março, com duração média de 40

minutos, em todas as 12 turmas de estudantes incluídos na pesquisa (6a, 6b, 6c, 6d, 7a, 7b, 7c, 8a, 8b, 8c, 9a, 9b), e os pais ou responsáveis responderam ao questionário e aos instrumentos num caderno único no período de dois meses, entre 09 de março a 09 de maio de 2015.

A proposta de protocolo de treinamento dos alunos está descrito adiante. As intervenções são realizadas por psicólogos treinados, obedecendo ao Manual de Terapia Cognitiva Processual (DE OLIVEIRA, 2015, no prelo).

#### 4.4 PROTOCOLO DE TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL PARA ADOLESCENTES (TCP-G)

A aplicação do TCP-G é realizada em quatro estágios: Detetive da Mente, Advogado da Mente, Juiz da Mente e Mestre da Mente. Cada estágio corresponde a determinado número de encontros, divididos conforme se apresenta na Tabela 4.

**Tabela 4** – Sequência dos encontros conforme estágios da TCP-G

Sequência dos encontros	Estágios
1-6	Detetive da Mente
7-12	Advogado da Mente
13 -14	Juiz da Mente
15 -17	Mestre da Mente

Fonte: Manual TCP-G na escola (DE OLIVEIRA, 2015, no prelo)

Cada encontro foi realizado com duração de 50 minutos, nos horários disponibilizados pela escola. Ao final de cada etapa, foram entregues

carteirinhas com o nome de cada estágio que o educando completou. O Quadro a seguir mostra o plano de treinamento, com descrição dos procedimentos em cada encontro.

**Quadro 11** – Descrição do plano de treinamento da TCP-G na escola

Encontro	Objetivos	Procedimentos
01	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzir a equipe na ambiência da sala de aula e apresentar o conceito do treinamento bem como suas etapas.</li> <li>- Iniciar o treinamento de Detetive da Mente: conceito de cognição e dos elementos do primeiro nível.</li> </ul>	<p>Apresentação da equipe. Introdução ao treinamento, utilizando o exemplo da Copa do Mundo. Informar os alunos sobre os estágios do treinamento, requisitos para entrega de carteiras. Iniciar o primeiro estágio (Detetive da Mente) e apresentar os “4Mentos” (acontecimento, pensamento, sentimento e comportamento). Preencher o quadro do 1º nível com um exemplo da Copa ou personagem fictício. Utilizar o mesmo exemplo para ensinar o conceito de “curto-circuito”. Retomar o conceito de treinamento e sua importância na construção de campeões na vida. Entregar o material e solicitar aos alunos que realizem os exercícios em sala de aula. Acompanhar execução. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
02	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Apresentar as distorções cognitivas.</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Introduzir o conceito de distorções cognitivas e sua importância para o treinamento do Detetive da Mente. Apresentar a lista de distorções cognitivas. Solicitar aos alunos que leiam a lista impressa no manual e identifiquem as palavras e (ou) expressões que não compreenderem. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais</p>
03	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Promover aprendizagem do conceito das distorções cognitivas.</li> <li>- Introduzir o conceito das emoções (sentimentos).</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Apresentar a lista de distorções cognitivas. Introduzir exemplos para a execução da atividade e aplicar o questionário das distorções cognitivas CD-QUEST. Acompanhar a execução da atividade. Introduzir o conceito das emoções. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
04	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Ajudar a identificar o 1º nível que é: acontecimento,</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Apresentar perguntas úteis, que são a “Lente do detetive da mente” para identificação dos quatro elementos:</p>

	<p>pensamento, sentimento e comportamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduzir o conceito de pensamento automático.</li> </ul>	<p>acontecimento, pensamento, sentimento e comportamento. Acompanhar a execução da atividade. Introduzir o conceito de pensamento automático. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Aperfeiçoar o uso da técnica da lente do detetive da mente.</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Trazer um exemplo de uma situação fictícia e convidar um dos alunos para apresentar a lente do detetive da mente. Ex: situação de <i>bullying</i> escolar. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Introduzir o conceito de crença central.</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Utilizar a metáfora do vulcão para introduzir o conceito de Pensamento Quente (crença central) e da técnica da seta descendente para descobrir o pensamento quente.</p> <p>A técnica é demonstrada a partir de uma situação fictícia por um aluno, como no encontro anterior. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
07	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Introduzir o estágio 2, Advogado da Mente e seus conceitos: advogado de defesa e de acusação.</li> <li>- Aprender a função em português das conjunções “mas” e “portanto”.</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Explicar o estágio do Advogado da mente. Diferenciar as funções do advogado de defesa e do advogado de acusação. Realizar atividades relacionadas ao uso e inversão das conjunções “mas” e “portanto”. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
08	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Introduzir a técnica o Processo I.</li> <li>- Revisar o conceito de crença central.</li> <li>- Explicar a técnica de inversão de sentenças.</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior; Explicar os papéis dos advogados de defesa e acusação (promotor), réu (ré), juiz e jurados de um julgamento. Revisar o conceito de pensamento quente, explicando que é a acusação trazida para julgamento. Demonstrar a técnica, o Processo I entre terapeuta e coterapeuta, para que os discentes possam aprender seu uso, explicando cada etapa e a importância do uso e da inversão das conjunções “mas” e “portanto” nas frases para sua realização. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.</p>
09	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o encontro anterior.</li> <li>- Revisar a técnica o Processo I.</li> <li>- Revisar as distorções cognitivas.</li> <li>-Introduzir a técnica</li> </ul>	<p>Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar uma demonstração da técnica o Processo I para: introduzir a função dos jurados, utilizando os conceitos aprendidos sobre as distorções cognitivas, executar a atividade da técnica ascendente, conforme veredito dos jurados e aprender</p>

	ascendente. - Introduzir o diário de evidências.	sobre o uso do diário de evidências, que é o preparo para o recurso. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
10	- Revisar o encontro anterior. - Revisar o Processo I.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar demonstração da técnica o Processo I com temas comuns na adolescência. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
11	- Revisar o encontro anterior. - Revisar o Processo I. - Avaliar a experiência dos discentes.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar demonstração da técnica o Processo I com temas comuns na adolescência. Os discentes deverão escrever no manual a sua experiência de representar diferentes papéis: promotor, advogado de defesa e jurado no exercício de classe. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
12	- Revisar o encontro anterior. - Revisar o Processo I.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar demonstração da técnica o Processo I com temas comuns na adolescência. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
13	- Revisar o encontro anterior. - Introduzir o estágio 3, Juiz da Mente: introduzir a técnica do Processo II.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Aprender a identificar os pensamentos, verificando como eles afetam sentimento e o comportamento, através do Processo II, que corresponde ao julgamento da promotoria. Introdução do conceito "metacognição". Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
14	- Revisar o encontro anterior. - Revisar o Processo II.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar demonstração da técnica o Processo II. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
15	- Revisar o encontro anterior. - Introdução do estágio 4, Mestre da Mente: treino de assertividade e ética.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar, em sala de aula, através da demonstração de um fato fictício: avaliação das vantagens e desvantagens do comportamento bem como a tomada de decisão através da técnica <i>role-play</i> consensual. Realizar o plano de ação para tomada de decisão assertiva e ética. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
16	- Revisar o encontro anterior.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar em sala de aula através

	-Revisar o treino de assertividade e ética.	da demonstração de um fato fictício: avaliação das vantagens e desvantagens do comportamento bem como a tomada de decisão através da técnica <i>role-play</i> consensual. Realizar o plano de ação para tomada de decisão assertiva e ética. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e saudações finais.
17	- Revisar o encontro anterior. - Revisar o treino de assertividade e ética.	Saudar os alunos e revisar a tarefa de casa anterior. Realizar em sala de aula através da demonstração de um fato fictício: avaliação das vantagens e desvantagens do comportamento bem como a tomada de decisão através da técnica <i>role-play</i> consensual. Realizar o plano de ação para tomada de decisão assertiva e ética. Acompanhar a execução da atividade. Breve revisão do aprendizado, apresentação das atividades de casa, <i>feedback</i> e avaliação da TCP-G e “momento despedida”.

Fonte: Manual TCP-G na escola (DE OLIVEIRA, 2015, no prelo)

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi devidamente avaliado e julgado pelo seu mérito científico e ético pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, protocolo nº 966.202, aprovado em 26 de fevereiro de 2016 e CAAE 42264315.0.0000.5543.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, momento em que foram convidados a participar dele e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pais) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (escolares).

#### 4.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE RESULTADOS

A caracterização da amostra foi feita com a descrição de percentagens, assim como médias e desvios-padrão, a depender do tipo de variável.

Correlações de Pearson e regressões múltiplas foram usadas para identificar associações entre as diferentes variáveis, assim como possíveis preditores de sintomas depressivos (CDI), ansiosos (SCARED), ou comportamentais (por exemplo, uso de álcool e drogas ou práticas de *bullying*).

Para considerar que houve um efeito significativo no TCP-G na escola, adotou-se o nível de significância de 0,05 ou 5%. O *software* SPSS, versão 21, foi utilizado para as análises estatísticas (colaboração com pesquisadores do Departamento de Psiquiatria, King's College, de Londres, no Reino Unido). A correção do CBCL ocorreu por meio do *software Assessment Data Manager* (ADM), que permite digitar os dados obtidos e elaborar os perfis de competências e problemas emocionais ou comportamentais.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra de conveniência (N= 347) foi composta de 181 alunos do sexo masculino (52,0%) e 166 do sexo feminino (48,0%), com idade média de 13,28 anos (DP=1.52).

A Tabela 5 apresenta a amostra de acordo com a distribuição por ano, etnia, e informa com quem residiam os alunos.

**Tabela 5** – Distribuição total dos alunos por série, etnia e grupo de coabitantes

<b>Dados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ano</b>		
6	127	36,7
7	89	25,7
8	60	17,3
9	70	20,2
<i>Missing</i>	<i>01</i>	
<b>Etnia</b>		
Negra	150	43,5
Branca	30	8,5
Amarela	14	4,1
Parda	124	35,8
Indígena	12	3,6
<i>Missing</i>	<i>17</i>	
<b>Com quem residem os estudantes</b>		
Mãe e pai	136	40,5
Mãe e companheiro	37	11,0
Pai e companheira	7	2,1
Mãe	92	27,4
Parentes e amigos	9	2,7
Outros	55	16,4
<i>Missing</i>	<i>11</i>	

Total N=347

Fonte: Autoria própria



A Tabela 6 caracteriza a amostra de acordo com a prática e sofrimento de *bullying*.

**Tabela 6 - Dados sobre *bullying* na amostra**

<b>Dados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Práticas de <i>bullying</i></b>		
Nunca pratiquei	266	77.8
1 ou 2 vezes	54	15.8
2 ou 3 vezes/ mês	5	1.5
Cerca de 1 vez por semana	4	1.2
Várias vezes por semana	13	3.8
<i>Missing</i>	05	
<b>Sofreu <i>bullying</i></b>		
Nunca sofri	244	70.3
1 ou 2 vezes	79	22.8
2 ou 3 vezes mês	19	5.5
Cerca de uma vez por semana	1	0.3
Várias vezes por semana	4	1,2
<i>Missing</i>	0	

Total N=347

Fonte: A autoria própria

A Tabela 7 caracteriza a amostra de estudantes de acordo com o consumo de álcool, maconha e outras drogas.

**Tabela 7 - Dados sobre substâncias psicoativas**

<b>Dados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Uso de álcool</b>		
Nunca tomei	248	71,5
1 ou 2 vezes	82	23,6
Mais de 2 vezes por mês	7	2,0
Mais de 1 vez por semana	7	2,0
<i>Missing</i>	03	
<b>Maconha</b>		
Nunca fumei	345	99.4
Já usei 1 ou 2 vezes	1	0,3
Mais de 2 a 4 vezes por mês	1	0,3
<b>Outras drogas</b>		
Nunca usei	342	98.6
Usei 1 ou 2 vezes	4	1.2
Usei 2 a 4 vezes por mês	1	0,3
<i>Missing</i>	0	

Total N=347

Fonte: A autoria própria

## 5.2 TRAUMAS NA INFÂNCIA E *BULLYING* COMO PREDITORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Vê-se, na Tabela 8, a classificação dos subtipos de maus-tratos conforme o Manual CTQ (BERNSTEIN et al., 2003). Ver Tabela, ANEXO A.

**Tabela 8** – Classificação dos subtipos de traumas na infância de acordo com sua gravidade

SUBTIPOS	Não a mínimo	Leve a moderado	Moderado a severo	Severo a extremo
Abuso emocional	63,7% (N=221)	20,5% (N=71)	8,1% (N=28)	7,8% (N=27)
Abuso físico	85,0% (N=295)	8,1% (N=28)	4,3% (N=15)	2,6% (N=9)
Abuso sexual	89,0% (N=309)	4,9% (N=17)	5,5% (N=19)	0,6% (N=2)
Negligência física	59,7% (N=207)	23,9% (N=83)	10,5% (N=38)	5,5% (N=19)
Negligência emocional	54,8% (N=190)	25,9% (N=90)	9,5% (N=33)	9,8% (N=34)

Total N=347

Fonte: Autoria própria

As Tabelas 9 e 10 foram derivadas de uma análise de regressão múltipla, conduzida para determinar a melhor combinação linear entre a condição de ter sofrido *bullying*, abusos físico, emocional e sexual, assim como negligência física e emocional, no sentido de predizer os escores de ansiedade através da SCARED. As médias, os desvios padrão e as correlações podem ser encontrados na Tabela 9. Essa combinação de variáveis mostrou-se preditora significativa dos níveis de ansiedade [ $F(6, 335) = 15,06$ ;  $p < 0,001$ ]. O valor de  $R^2$  ajustado foi igual a 0,21, indicando que 21% da variância nos escores de ansiedade pela SCARED foram explicados pelo modelo.

**Tabela 9** – Médias, Desvios e correlações entre os escores da SCARED e as variáveis consideradas possíveis preditoras (N=342)

Variável	M	SD	AF	AE	AS	NF	NE	Sofbully
Scared	27,3 6	12,0 7	0,28***	0,39***	0,17***	0,04	0,04	0,30***
Variável Preditora								
Abuso Físico	6,15	2,13		0,45***	0,42** *	0,21***	0,23***	0,30***
Abuso Emocional	8,28	4,08			0,30** *	0,15**	0,34***	0,25***
Abuso Sexual	5,33	1,35				0,20***	0,04	0,22***
Negligência Física	7,25	2,68					0,39***	0,16***
Negligência Emocional	10,1 6	4,76						0,13**
Sofbully	0,39	0,71						

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

M= média; SD= desvio padrão; AF= abuso físico; AE= abuso emocional; AS= abuso sexual; NF= negligência física; NE= negligência emocional; SofBully= sofreu *bullying*.

Fonte: Autoria própria

A tabela 10 mostra que os pesos do coeficiente beta indicam a seguinte ordem de contribuição das variáveis preditoras: ter sofrido *bullying*, abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física e negligência emocional.

**Tabela 10**– Análise de regressão múltipla incluindo as variáveis abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e ter sofrido *bullying* como preditoras de ansiedade medida pela SCARED

Variável	Coef. não-padronizados		Coef. Padronizados	t	IC 95%	
	B	Erro-padrão	B		Lim. Inf.	Lim. Sup
Ter sofrido <i>bullying</i>	3,53	0,88	0,21	4,04***	1,81	5,26
Abuso Emocional	0,99	0,17	0,34	5,82***	0,66	1,34
Abuso físico	0,53	0,33	0,09	1,58	-0,13	1,19
Abuso sexual	-0,09	0,49	-0,01	-0,18	-1,06	0,88
Negligência Física	-0,07	0,24	-0,02	-0,28	-0,55	0,41
Negligência Emocional	-0,29	0,14	-0,12	-2,06*	-0,57	-0,01

Nota  $R^2 = .21$ ;  $F(6, 335) = 15,06$ ,  $p < .001$ .

\* $P < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Fonte: Autoria própria

Foi igualmente realizada uma análise de regressão múltipla para estabelecer a melhor combinação linear entre ter sofrido *bullying*, abusos físico, emocional e sexual e negligências física e emocional para prever os escores de sintomas depressivos através do CDI. As médias, desvios padrão e correlações podem ser encontrados na Tabela 11. Essa combinação de variáveis mostrou-se preditora significativa dos níveis de depressão [F (6, 337)= 40,90;  $p < 0,001$ ]. O valor de  $R^2$  ajustado foi igual a 0,42, indicando que 42% da variância nos escores de depressão pelo CDI foram explicados pelo modelo.

**Tabela 11**– Médias, desvios e correlações entre os escores do CDI e as variáveis preditoras(N= 334)

Variável	M	SD	AF	AE	AS	NF	NE	Sofbully
CDI	5,94	5,66	0,43***	0,57***	0,37***	0,18***	0,35***	0,30***
Variável Preditora								
Abuso Físico	6,16	2,13		0,45***	0,42***	0,22***	0,23***	0,30***
Abuso Emocional	8,29	4,07			0,29***	0,14**	0,34***	0,25***
Abuso Sexual	5,35	1,38				0,23**	0,05	0,22***
Negligência Física	7,27	2,71					0,39***	0,16***
Negligência Emocional	10,17	4,75						0,13**
Sofbully	0,39	0,71						

\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$

M= média; SD= desvio padrão; AF= abuso físico; AE= abuso emocional; AS= abuso sexual; NF= negligência física; NE= negligência emocional; SofBully= sofreu *bullying*.

Fonte: Autoria própria

A Tabela 12 mostra que os pesos do coeficiente beta indicam a seguinte ordem de contribuição das variáveis preditoras: ter sofrido *bullying*, abuso sexual, abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e negligência física.

**Tabela 12** – Análise de regressão múltipla incluindo as variáveis abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física, negligência emocional e ter sofrido bullying como preditores de depressão medido pelo CDI.

Variável	Coef. não-padronizados		Coef. padronizados	t	IC 95%	
	B	Erro-padrão	B		Lim. Inf.	Lim. sup.
Ter sofrido <i>bullying</i>	0,85	0,35	0,11	2,40*	0,16	1,54
Abuso sexual	0,74	0,19	0,18	3,81***	0,36	1,12
Abuso emocional	0,52	0,07	0,38	7,61***	0,39	0,66
Abuso físico	0,31	0,13	0,12	2,32*	0,05	0,58
Negligência emocional	0,22	0,06	0,18	3,82***	0,11	0,33
Negligência física	-0,05	0,10	-0,02	-0,52	-0,24	0,14

Nota  $R^2 = .42$ ;  $F(6, 337) = 40,90$ ,  $p \leq .001$ .

\* $P \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

Fonte: Autoria própria

Como está mostrado na tabela 13, houve associações significantes entre raça amarela e abuso físico ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ), bem como raça indígena a experiência de abuso emocional ( $r = .15$ ,  $p < .01$ ). As meninas estavam em maior risco de abuso emocional ( $r = -.22$ ,  $p < .005$ ). A idade também correlacionou-se positivamente com abuso emocional ( $r = .18$ ,  $p < .005$ ), com abuso físico ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ) e com experiências gerais de maus-tratos ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ). Melhores condições de vida estiveram negativamente associadas com negligência emocional ( $r = -.13$ ,  $p < .05$ ) e negligência física ( $r = -.13$ ,  $p < .05$ ). Com respeito à vitimização pelos colegas, tanto ser vítima quanto agressor estavam significantemente associados a todos os tipos de maus-tratos. De modo geral, a associação entre os tipos de maus-tratos e os desfechos de saúde mental foi mais forte para os sintomas auto-relatados em comparação com os sintomas relatados por informantes. Finalmente, o abuso emocional foi o tipo de maltrato mais fortemente associado com todos os desfechos entre os relatores.

**Tabela 13** - Estudo das variáveis descritivas e correlações com os tipos de de maus-tratos.

Variáveis	Média (SD) ou %	Maltreatment types					Total Maus- Tratos
		Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física	
<i>Variáveis sócio-demográficas</i>							
Etnia <sup>a</sup>							
Negra	43,5%	-.10	.04	-.01	.03	.09	-.01
Branca	8,5%	.07	-.05	.02	-.01	-.09	.01
Parda	35,8%	-.01	-.10	-.03	-.05	-.03	-.05
Amarela	4,1%	.04	.12*	.06	.04	-.05	.05
Indígena	3,6%	.15**	.09	.03	.01	.01	.09
Sexo <sup>b</sup> (feminino)	48%	-.22***	-.07	.03	-.05	.09	-.09
Idade	13.28 (1.52)	.18***	.12*	.07	.06	-.02	.12*
Condição de vida	7.01 (2.42)	.00	-.03	-.03	-.13*	-.13*	-.10
<i>Bullying<sup>c</sup></i>							
Como vítima	0.39 (0.71)	.26***	.30***	.23***	.15**	.16***	.29***
Como perpetrador	0.37 (0.89)	.18***	.28***	.27***	.14*	.15**	.26***
<i>Sintomas psiquiátricos</i>							
Relatados por informante							
Problemas internalizantes	11.56 (8.51)	.17***	.04	-.03	.09	.09	.13*
Problemas externalizantes	10.29 (8.43)	.18***	.10	-.002	.12	.08	.19***
Auto-relatados							
Problemas internalizantes							
Depressão (CDI)	5.94 (5.66)	.57***	.43***	.37***	.34***	.19***	.56***
Ansiedade (SCARED)	27.39 (12.12)	.38***	.28***	.18***	.04	.05	.25***
Problemas externalizantes							
Uso de álcool <sup>d</sup>	0.35 (0.64)	.34***	.28***	.13*	.15**	.10	.29***

*N.B. Correlações bivariadas significantes: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . <sup>a</sup>Etnia: Negra (sim= 1; não= 0); Branca (sim= 1; não= 0); Parda (sim= 1; não= 0); Amarela (sim= 1; não= 0); Indígena (sim= 1; não= 0). <sup>b</sup>Sexo: 0= Feminino; 1= Masculino. <sup>c</sup>Bullying (vítima/perpetrador): 0= Nunca; 1= Uma ou duas vezes; 2= Duas ou três vezes por mês; 3= Cerca de uma vez por semana; 4= Várias vezes por semana. <sup>d</sup>Uso de álcool: 0= Nunca usei; 1= Uma ou duas vezes; 2= Mais de duas ou quatro vezes por mês; 3= Mais de uma vez por semana.*

Fonte: Autoria própria

Como está ilustrado na tabela 14, os tipos de maus-tratos estiveram em geral significativamente correlacionados um com o outro, embora a faixa de correlações tenham sido mais fraca  $r$  variando de 0,05 a 0,44, e abuso sexual não esteve significativamente associado a negligência emocional ( $r = 0,05$ ,  $p > 0,10$ ).

**Tabela 14** - Correlações entre os tipos de maus-tratos.

Subtipo de maltrato	M (SD)	1	2	3	4
1. Abuso emocional	8.32 (4.08)	-			
2. Abuso físico	6.16 (2.14)	.44**	-		
3. Abuso sexual	5.35 (1.38)	.29**	.42**	-	
4. Negligência emocional	10.28 (4.82)	.33**	.22**	0,05	-
5. Negligência física	7.28 (2.70)	.14**	.22**	.23**	.38**

\* $p < .05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < .001$

Fonte: Autoria própria

A tabela 15 mostra a frequência de cada tipo de maltrato de acordo com o limiar de gravidade, bem como as taxas de prevalência de múltiplos tipos de maus-tratos. Negligência emocional foi a forma mais comum de maltrato (45,2%). Negligência física foi a segunda forma mais prevalente (40,3%), seguida de abuso emocional (36,3%), abuso físico (15%) e abuso sexual (11%). De modo geral, 72% dos jovens relataram pelo menos uma forma de maltrato igual ou maior do que o limiar de gravidade *Baixa*. Destes, a maioria (62%) relataram experiência de múltiplos tipos de maus-tratos. Assim, a experiência de múltiplos tipos de maus-tratos (p.ex., polivitimização) foi consideravelmente mais comum do que a experiência de qualquer das formas de maus-tratos isoladas. Com respeito às diferenças de sexo, abuso emocional foi o único tipo de maltrato que diferiu na prevalência entre meninos e meninas, com as meninas relatando mais maus-tratos em todos os limiares de gravidade [ $\chi^2(3) = 16.28$ ,  $p < .001$ ]. Nenhuma diferença de sexo foi observada na prevalência de múltiplos maus-tratos ( $p > .05$ ).

**Tabela 15** - Taxas de prevalência maus-tratos

<i>Tipo de maltrato<sup>a</sup></i>	Limiar do CTQ			
	<u>Não</u> % (n)	<u>Baixa</u> % (n)	<u>Moderada</u> % (n)	<u>Grave</u> % (n)
Abuso emocional	63.7 (221)	20.5 (71)	8.1 (28)	7.8 (27)
Abuso físico	85.0 (295)	8.1 (28)	4.3 (15)	2.6 (9)
Abuso sexual	89.0 (309)	4.9 (17)	5.5 (19)	0.6 (2)
Negligência emocional	54.8 (190)	25.9 (90)	9.5 (33)	9.8 (34)
Negligência física	59.7 (207)	23.9 (83)	10.5 (38)	5.5 (19)
Número de tipos <sup>b</sup>	Jovens maltratados			
	% (N)			
1	38.1 (95)			
2	35.7 (89)			
3	14.8 (37)			
4	9.2 (23)			
5	2.0 (5)			

<sup>a</sup> Proporção de jovens classificados como tendo experimentado maltrato de gravidade Não, Baixa, Moderada ou Grave com base nos limiares do CTQ. N = 363.

<sup>b</sup> Proporção de jovens que experimentaram entre 1 e 5 formas de maus-tratos de gravidade igual ou acima do limiar classificado como Baixa. N = 253. 30,3% não foram maltratados; 70% foram maltratados; e 63% foram polivitimizadas.

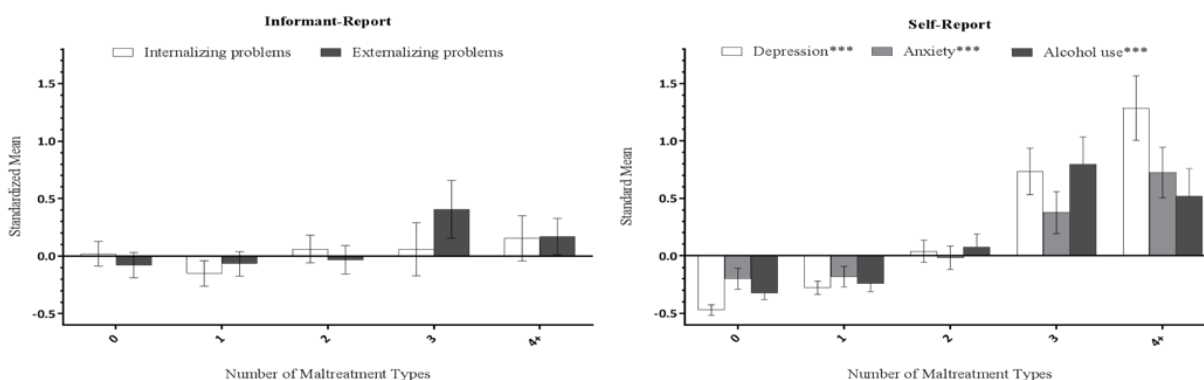
Fonte: Autoria própria

A Figura 6 ilustra a associação entre os números de tipos de maus-tratos experimentados e a gravidade dos desfechos de saúde mental entre os participantes, após controle das covariáveis. É importante notar que, devido ao baixo número de jovens que experimentaram 5 tipos de maus-tratos (n= 5), este grupo foi combinado com aqueles que experimentaram 4 tipos (n= 23) para os propósitos desta análise. A exposição a um maior número de tipos de maus-tratos associou-se a sintomatologia mais grave entre os domínios, e este efeito foi mais pronunciado quanto aos sintomas auto-relatados do que relatados por informantes. Contudo, o efeito foi significativo apenas para os sintomas auto-relatados (*depressão*: *Std.B* = 11,42, *p* < 0,005; *ansiedade*:



*Std.B* = 4,99,  $p < 0,005$ ; *uso de álcool*: *Std.B* = 0,32,  $p < 0,005$ ), porém, não entre os sintomas relatados pelos informantes (p.ex., problemas internalizantes e externalizantes,  $p > 0,10$ ).

**Figura 6** – Associação entre os números de maus-tratos experimentados e a gravidade dos sintomas através dos domínios de saúde mental



N.B. Os asteriscos referem-se ao efeito principal do número de tipos de maus-tratos sobre os desfechos psiquiátricos, controlados por sexo, etnia, idade e condições de vida. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Fonte: Autoria própria

### 5.3 TRANSTORNOS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES DE ACORDO COM INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS

A Tabela 16 mostra a associação entre tipos individuais de maus-tratos e os desfechos em saúde mental, depois de controlar as covariáveis (porém, não os outros tipos de maus-tratos). De modo geral, a maior parte dos tipos de maus-tratos estava positivamente associada com a gravidade dos sintomas ao ser examinadas isoladamente, com associações mais consistentes e significantes observadas para os desfechos auto-relatados do que para os desfechos relatados por informantes. O abuso emocional foi o tipo de maltrato mais robustamente associado à gravidade dos sintomas entre os domínios de

saúde mental (todos com  $p < 0,01$ ). Também mostrados na Tabela 16 estão os resultados dos modelos simultâneos, onde todos os tipos de maus-tratos foram incluídos simultaneamente nas equações de regressão, após também controlar as covariáveis. Igualmente, abuso emocional foi o preditor independente mais consistente de gravidade dos sintomas entre os domínios de saúde mental e relatores. Entretanto, duas diferenças foram notadas: (a) o abuso emocional também previu independentemente a sintomatologia externalizante nesta amostra; e (b) embora de modo menos consistente, os tipos de maus-tratos outros que não abuso emocional também estavam associados independentemente aos problemas internalizantes auto-relatados, particularmente abuso físico. Negligência física esteve menos associada aos desfechos entre os modelos individuais e simultâneos.

**Tabela 16** – Associações entre os tipos de maus-tratos e sintomas psiquiátricos relatados pelos pais

	Modelos de Regressão							
	Individual				Simultâneo			
	B	Std B	IC95%		B	Std B	IC95%	
		LL	UL			LL	UL	
<b>Sintomas psiquiátricos</b>								
<i>Relatados pelos pais</i>								
<b>Internalizantes</b>								
Abuso emocional	0,37**	0,18	0,11	0,62	0,42**	0,20	0,12	0,73
Abuso físico	0,13	0,03	-0,38	0,65	-0,12	-0,03	-0,75	0,52
Abuso sexual	-0,21	-0,04	-0,91	0,49	-0,63	-0,11	-1,45	0,19
Negligência física	0,34	0,11	-0,06	0,74	0,30	0,10	-0,13	0,74
Negligência emocional	0,19	0,11	-0,03	0,41	0,02	0,01	-0,23	0,27
<b>Externalizantes</b>								
Abuso emocional	0,35**	0,17	0,10	0,61	0,31*	0,15	0,00	0,61
Abuso físico	0,35	0,09	-0,15	0,86	0,18	0,04	-0,44	0,80
Abuso sexual	-0,12	-0,02	-0,81	0,56	-0,59	-0,11	-1,40	0,22
Negligência física	0,30	0,09	-0,10	0,69	0,16	0,05	-0,27	0,60
Negligência emocional	0,27*	0,15	0,05	0,48	0,13	0,07	-0,12	0,38

**Auto-relatados****Depressão**

Abuso emocional	0.89***	0,62	0,75	1,03	0.59***	0,42	0,44	0,75
Abuso físico	1.38***	0,48	1,07	1,68	0.48***	0,17	0,17	0,80
Abuso sexual	1.54***	0,40	1,10	1,97	0.67***	0,17	0,26	1,08
Negligência física	0.51***	0,23	0,24	0,77	-0,00	-0,00	-0,22	0,22
Negligência emocional	0.46***	0,39	0,33	0,60	0.24***	0,21	0,12	0,37

**Ansiedade**

Abuso emocional	1.19***	0,39	0,84	1,53	1.06***	0,35	0,66	1,46
Abuso físico	1.91***	0,31	1,21	2,61	1.13**	0,19	0,30	1,96
Abuso sexual	1.69***	0,20	0,71	2,67	-0,03	-0,00	-1,12	1,05
Negligência física	0,42	0,09	-0,15	1,00	0,11	0,02	-0,46	0,68
Negligência emocional	0,11	0,04	-0,20	0,42	-0.32*	-0,13	-0,65	-0,00

**Uso de álcool**

Abuso emocional	0.05***	0,34	0,03	0,07	0.05***	0,33	0,03	0,07
Abuso físico	0.05***	0,17	0,02	0,09	0,01	0,02	-0,04	0,05
Abuso sexual	0.05*	0,12	0,00	0,10	-0,00	-0,01	-0,06	0,05
Negligência física	0,03	0,12	-0,00	0,05	0,01	0,05	-0,02	0,04
Negligência emocional	0.02*	0,13	0,00	0,03	-0,00	-0,01	-0,02	0,02

*N.B.* em todos os modelos, foram controlados sexo, etnia, idade e condições de vida.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Fonte: Autoria própria

As associações entre tipos de maus-tratos e formas específicas de sintomas internalizantes e externalizantes são mostradas na Tabela 17. Novamente, com base em modelos simultâneos, abuso emocional emergiu como o preditor independente mais consistente da gravidade dos sintomas, embora associações não significantes também tenham sido observadas. Em relação às formas de problemas internalizantes, o abuso emocional se associou mais fortemente com problemas afetivos relatados pelos informantes ( $Std.B = .20$ ,  $p < .01$ ), assim como sintomas de Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) auto-relatados ( $Std.B = .31$ ,  $p < .001$ ) e problemas com pânico/somáticos ( $Std.B = .31$ ,  $p < .001$ ). De modo interessante, o efeito independente do abuso emocional sobre problemas externalizantes relatados pelos informantes pareceu ser primariamente determinados pelas associações entre sintomas de oposição e desafio ( $Std.B = .15$ ,  $p < .05$ ), uma vez que as associações com TDAH e problemas de conduta não foram significantes ( $p > 0.05$ ).

**Tabela 17 – Associações entre os tipos de maus-tratos e as formas de psicopatologias internalizantes e externalizantes**

	Modelos de regressão							
	Individual				Simultâneo			
	B	(Std B)	IC95%		B	(Std B)	IC95%	
		LL	UL			LL	UL	
<b>Sintomas psiquiátricos</b>								
<i>Relatados pelos pais</i>								
<b>DSM-Problemas afetivos</b>								
Abuso emocional	0.19***	0,21	0,08	0,30	0.18**	0,20	0,05	0,32
Abuso físico	0,13	0,07	-0,09	0,35	-0,00	-0,00	-0,27	0,27
Abuso sexual	-0,04	-0,02	-0,34	0,27	-0,23	-0,09	-0,58	0,12
Negligência física	0,14	0,10	-0,04	0,31	0,07	0,05	-0,12	0,26
Negligência emocional	0,13	0,17	0,04	0,23	0,07	0,09	-0,04	0,17
<b>DSM-Problemas de ansiedade</b>								
Abuso emocional	0,05	0,09	-0,02	0,12	0,05	0,09	-0,04	0,14
Abuso físico	0,03	0,03	-0,11	0,17	-0,04	-0,04	-0,22	0,13
Abuso sexual	0,06	0,04	-0,13	0,25	0,01	0,01	-0,21	0,24
Negligência física	0,08	0,10	-0,03	0,19	0,08	0,09	-0,04	0,20
Negligência emocional	0,02	0,05	-0,04	0,08	-0,00	-0,01	-0,07	0,07
<b>DSM-Problemas somáticos</b>								
Abuso emocional	0,04	0,08	-0,02	0,11	0,06	0,12	-0,02	0,14
Abuso físico	-0,03	-0,03	-0,16	0,10	-0,07	-0,07	-0,23	0,09
Abuso sexual	-0,05	-0,04	-0,22	0,12	-0,07	-0,05	-0,28	0,14
Negligência física	0,041	0,052	-0,06	0,142	0,05	0,06	-0,06	0,16
Negligência emocional	0,02	0,04	-0,04	0,07	-0,00	-0,00	-0,07	0,06
<b>DSM-TDAH</b>								
Abuso emocional	0.13*	0,16	0,03	0,23	0,05	0,06	-0,07	0,17
Abuso físico	0.28**	0,17	0,08	0,48	0,16	0,10	-0,09	0,41
Abuso sexual	0,25	0,11	-0,03	0,52	0,06	0,03	-0,27	0,38
Negligência física	0.18*	0,14	0,02	0,33	0,08	0,07	-0,09	0,26
Negligência emocional	0.11*	0,15	0,02	0,19	0,06	0,08	-0,04	0,16
<b>DSM-Problemas opostos</b>								
Abuso emocional	0.10*	0,167	0,026	0,174	0.09*	0,15	0,00	0,18
Abuso físico	0,10	0,08	-0,05	0,25	0,05	0,04	-0,13	0,23
Abuso sexual	-0,04	-0,02	-0,24	0,16	-0,18	-0,11	-0,42	0,05
Negligência física	0,11	0,12	-0,00	0,23	0,08	0,09	-0,04	0,21
Negligência emocional	0.07*	0,15	0,01	0,14	0,03	0,05	-0,04	0,10
<b>DSM-Problemas de conduta</b>								
Abuso emocional	0,08	0,10	-0,02	0,18	0,06	0,07	-0,06	0,17
Abuso físico	0,10	0,07	-0,09	0,30	0,10	0,06	-0,14	0,34
Abuso sexual	-0,11	-0,05	-0,38	0,15	-0,25	-0,11	-0,56	0,07
Negligência física	0,07	0,06	-0,08	0,23	0,02	0,02	-0,14	0,19
Negligência emocional	0.10*	0,15	0,02	0,19	0,07	0,11	-0,02	0,17

**Auto-relatados****Pânico/Somáticos**

Abuso emocional	0.45***	0,39	0,32	0,58	0.35***	0,31	0,20	0,51
Abuso físico	0.75***	0,33	0,48	1,01	0.46**	0,20	0,14	0,77
Abuso sexual	0.56***	0,18	0,18	0,93	-0,08	-0,03	-0,50	0,33
Negligência física	0.23*	0,13	0,01	0,44	0,05	0,03	-0,17	0,27
Negligência emocional	0.15*		0,03	0,26	-0,01	-0,01	-0,13	0,12

**TAG**

Abuso emocional	0.38**	0,42	0,28	0,49	0.40***	0,43	0,27	0,52
Abuso físico	0.50***	0,25	0,24	0,68	0,19	0,11	-0,06	0,45
Abuso sexual	0.41**	0,16	0,11	0,71	-0,06	-0,02	-0,39	0,28
Negligência física	0,07	0,05	-0,11	0,24	-0,01	-0,01	-0,18	0,17
Negligência emocional	0,02	0,02	-0,08	0,11	-0.11*	-0,14	-0,21	-0,01

**Ansiedade de separação**

Abuso emocional	0.15***	0,20	0,06	0,24	0.13*	0,17	0,03	0,23
Abuso físico	0.37***	0,24	0,20	0,54	0.27*	0,18	0,06	0,48
Abuso sexual	0.43***	0,21	0,19	0,66	0,11	0,05	-0,16	0,38
Negligência física	0,09	0,08	-0,05	0,23	0,08	0,07	-0,06	0,23
Negligência emocional	-0,07	-0,11	-0,15	0,00	-	0.15***	-0,24	-0,23

**Ansiedade social**

Abuso emocional	0.13**	0,16	0,03	0,23	0.16**	0,20	0,04	0,27
Abuso físico	0,14	0,09	-0,05	0,33	0,11	0,07	-0,13	0,35
Abuso sexual	0,02	0,01	-0,25	0,28	-0,17	-0,08	-0,48	0,14
Negligência física	-0,03	-0,03	-0,18	0,12	-0,04	-0,04	-0,21	0,12
Negligência emocional	-0,01	-0,01	-0,09	0,07	-0,05	-0,08	-0,15	0,04

**Esquiva social**

Abuso emocional	0.08***	0,22	0,04	0,13	0,05	0,12	-0,01	0,10
Abuso físico	0.19***	0,26	0,10	0,28	0,10	0,14	-0,01	0,21
Abuso sexual	0.23***	0,23	0,11	0,35	0,11	0,11	-0,03	0,25
Negligência física	0.07*	0,13	0,00	0,14	0,03	0,05	-0,05	0,10
Negligência emocional	0,02	0,08	-0,02	0,06	-0,01	-0,02	-0,05	0,04

Fonte: Autoria própria

## 6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos primários avaliar as diferentes formas de maus-tratos na infância como preditores de ansiedade e depressão e propor um modelo psicoterápico preventivo, denominado Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP-G) para adolescentes. A fase inicial da pesquisa consistiu na busca por uma escola municipal com alunos na faixa etária de 11 a 17 anos, o que não representou problemas para a pesquisa, visto que existem diversas escolas municipais que atendem a esse público.

A literatura aponta que projetos de prevenção nas escolas têm se mostrado eficientes não só para melhorar a saúde mental de crianças e adolescentes como também para contribuir no desenvolvimento de resiliência em longo prazo (PETERSEN; WAINER, 2011).

Segundo Del Prette e Del Prette (2009), existem funções fundamentais que justificam a inserção de programas de promoção de saúde na escola: a própria função social dessa instituição, a promoção do desempenho acadêmico e das habilidades sociais. Nesse sentido, podemos considerar a escola como um espaço ideal para realizar tal fim, visto que é nesse espaço que, desde muito cedo, as crianças começam seu desenvolvimento e sua socialização.

Implantar um programa para a promoção da saúde e prevenção primária em saúde mental no contexto escolar constitui um desafio. Os conceitos de prevenção e promoção diferem: a prevenção em saúde está associada à ação antecipada à doença, enquanto a promoção da saúde está relacionada ao bem estar de maneira geral e sistêmica.

Durante o desenvolvimento deste estudo, alguns problemas foram encontrados: o primeiro deles relacionou-se à falta de estrutura física capaz de abrigar os alunos de forma adequada, que propiciasse um ambiente adequado para a aprendizagem: as salas não possuíam ventilação e acústica ideal, o que dificultava o treinamento e tornava aquele espaço inadequado para o ensino-aprendizagem. Outro problema observado no treinamento (TCP-G) foi a distorção entre aluno e série, visto que, em muitas salas de aula, existiam escolares com diversas dificuldades pedagógicas, dentre elas a leitura e a escrita. Isso pode ter representado um impacto negativo para a intervenção, visto que o TCP-G é um treinamento que envolve atividades de leitura e escrita.

Outro fator que dificultou a execução da intervenção, o mais grave, foi a interrupção durante o treinamento de um dos grupos. A greve dos professores, que se iniciou em junho e só terminou 50 dias depois, acarretou o redesenho e a análise da proposta de intervenção. O que seria o grupo de controle (grupo sem intervenção no primeiro semestre) deixou de existir com a interrupção das atividades escolares.

Em relação ao treinamento para adolescentes (TCP-G), realizado em 4 fases (detetive da mente, advogado da mente, mestre da mente, juiz da mente), foram trabalhados os três níveis mentais, o que é proposto na terapia cognitiva processual convencional para adultos. Seu objetivo foi o de ajudar os estudantes a avaliarem suas distorções cognitivas e crenças nucleares a partir de evidências trazidas no cotidiano escolar e, com a metáfora do Processo I, a identificar e mudar as crenças disfuncionais, construindo ou identificando e ativando crenças nucleares positivas. Essa avaliação não só lhes permitiria ter

contato com crenças disfuncionais do tipo “eu sou um fracasso”, “sou estranha”, “sou incapaz”, entre tantas outras, substituindo-as por crenças positivas, mas também, através da metáfora utilizada no Processo II, os tornaria capazes de manter tais crenças nucleares positivas ativas através de um processo de consciência metacognitiva.

Uma estratégia do treinamento (TCP-G) em grupo foi priorizar situações-problema do cotidiano – *bullying*, fracasso escolar, relacionamento com os pares, entre outros – trazidas pelos alunos para serem trabalhadas em sala de aula, sem expor questões específicas dos alunos em separado.

O estudo de Cecil et al. (2017), com resultados recentes sobre a caracterização sistemática dos efeitos específicos, compartilhados e cumulativos das cinco principais formas de maus-tratos em uma ampla gama de desfechos relativos à saúde mental, apontou que: (1) os tipos de maus-tratos coocorreram frequentemente; (2) o número de tipos de maus-tratos experimentados linearmente é associado com a gravidade dos sintomas (especialmente nos desfechos autorrelatados); e (3) o abuso emocional emergiu como o mais robusto preditor independente dos desfechos relacionados com a saúde mental, independentemente dos avaliadores, do sexo ou dos domínios dos sintomas avaliados.

Neste trabalho, o estudo do uso de diferentes estratégias para modelar os maus-tratos nos possibilitou alcançar novos *insights* sobre as formas como distintos tipos de abuso e de negligência impactam a saúde mental, as quais são importantes para se entender a heterogeneidade nas respostas aos maus-tratos assim como trazer informações para a pesquisa e para a prática clínica. Adicionalmente, foi possível mostrar que a influência dos maus-tratos sobre os



sintomas psiquiátricos (especialmente os problemas internalizantes autorrelatados) é parcialmente mediada pela vitimização pelos colegas – porém não pela perpetração do *bullying*.

As diferenças-chave e as semelhanças entre as características desta pesquisa e as da pesquisa de Cecil et al. (2017) devem ser consideradas quando da interpretação dos achados presentes. Em termos de semelhanças, ambos os estudos examinaram jovens com alto risco, recrutados de áreas urbanas vizinhas sob condições de privação. Também ambos administraram o mesmo instrumento de autorrelato para medir maus-tratos na infância (CTQ), apresentaram relatos de informantes para a sintomatologia psiquiátrica, incluindo dificuldades externalizantes e internalizantes (indexadas por instrumentos diferentes), e controlaram as características sociodemográficas e condições atuais de vida.

Diferentemente de Cecil et al. (2017), a amostra, neste estudo, foi maior (347 *versus* 204), constituída de mais jovens (idades entre 11 a 17 anos *versus* 16 a 24 anos) e recrutou dentro de um contexto geopolítico e socioeconômico diferente (Salvador, Brasil *versus* Londres, Reino Unido). O presente estudo também diferiu quanto à fonte de dados coletados, ou informantes (pais *versus* professores), e na medida da exposição à violência vitimização pelos colegas *versus* exposição à violência na comunidade (EVC). Além disso, o presente estudo incluiu uma maior gama de desfechos psiquiátricos (por exemplo, o uso do álcool), se comparado com o estudo do Reino Unido, bem como possibilitou uma avaliação mais minuciosa das dificuldades internalizantes (por exemplo, múltiplas formas de ansiedade e depressão). Conseqüentemente, as características dos dois estudos permitem uma combinação de replicação

exata, isto é, mesmas análises e mesmas medidas dos maus-tratos, e replicação “conceitual”, isto é, estrutura confundidora específica para a amostra, avaliadores e desfechos superponíveis (DIENER; BISWAS-DIENER, 2016).

Achados convergentes encontrados na literatura dão várias indicações. Observamos, de acordo com estudo Cecil et al. (2017) e estudos anteriores, que os tipos de maus-tratos estavam correlacionados e coocorreram com frequência (HERRENKHOL; HERRENKHOL, 2009). O abuso e a negligência emocionais foram, consistentemente, as formas mais prevalentes de maus-tratos, enquanto o abuso sexual foi relatado como o menos frequente nos dois estudos. De uma maneira geral, a maioria dos jovens relatou experimentar pelo menos uma forma de maus-tratos durante o crescimento, com uma taxa de prevalência comparável observada nas duas amostras (Brasil: 72%; Reino Unido: 68%). É importante ressaltar que, entre os jovens que relataram maus-tratos, foi mais comum a experiência com vários tipos desse tratamento do que a experiência de qualquer forma isolada (Brasil: 62%; Reino Unido: 72%). Juntos, esses achados convergem em mostrar a extensão em que os tipos de maus-tratos coocorrem, ressaltando a importância de se avaliarem as múltiplas formas de maus-tratos em pesquisa e na prática clínica.

Os achados presentes neste estudo sustentam o efeito cumulativo de maus-tratos sobre os sintomas psiquiátricos. Em consonância com o estudo de Cecil et al. (2017) no Reino Unido, foi observado que a gravidade dos sintomas aumentou linearmente com o número de tipos de maus-tratos relatados e que essa correlação linear foi maior em relação aos relatos autoinformados do que aos relatos de informantes. Isto é percebido em função do uso de diferentes

informantes entre os dois estudos (Brasil: pais *versus* Reino Unido: professores e trabalhadores-chave). Neste estudo, contudo, essa diferença foi mais pronunciada do que no Reino Unido, com efeitos cumulativos significantes para os desfechos autorrelatados (porém não para aqueles relatados por informantes). Os efeitos mais fortes observados para os sintomas autorrelatados podem refletir vários fatores, incluindo: (1) discordância geral dos avaliadores comumente observados na pesquisa de saúde mental (ACHENBACH et al., 2005); (2) resultados inflados decorrentes do método de variância compartilhada, já que a avaliação dos maus-tratos foi também baseada em autorrelatos; e (ou) (3) menor poder estatístico relativo aos desfechos relatados por informantes, devido ao reduzido tamanho da amostra, comparado com os desfechos autorrelatados (relatos por informantes disponíveis para 79% da amostra global).

Como foi indicado na pesquisa de Cecil et al. (2017), é também possível que os achados possam refletir uma maior sensibilidade dos dados autorrelatados, no sentido de capturar sintomas de saúde mental dos jovens, particularmente as dificuldades internalizantes, o que poderia ser mais difícil de detectar pelos examinadores externos. No presente estudo, foi possível observar os achados relativos aos efeitos específicos do abuso emocional sobre os desfechos de saúde mental, e ainda constatar que o abuso emocional está associado, de modo independente, aos os sintomas psiquiátricos além e acima da influência dos fatores sociodemográficos e de outros tipos de maus-tratos – um efeito que foi observado em todos os domínios, avaliadores e sexo dos participantes. O fato é que o abuso emocional emergiu como o mais consistente e potente preditor, independentemente da sintomatologia, em

ambos os estudos, apesar das diferenças quanto a características das amostras, contexto cultural, estrutura de confundidores e medidas de desfecho. Outros estudos prévios relatam um efeito independente de abuso emocional sobre o empobrecimento da saúde mental e a sintomatologia, relacionado com traumas (ARATA et al., 2007; SAR et al., 2004; SPERTUS et al., 2003; SULLIVAN et al., 2006).

Da mesma forma que no estudo de Cecil et al. (2017), o uso do CTQ implicou que não foi possível apontar especificamente que aspecto do abuso emocional pode estar conduzindo essas associações, porque a subescala do CTQ compreende somente cinco itens: dois que indexam atos comportamentais específicos relacionados primeiramente a aspectos negativos envolvendo rejeição (por exemplo, xingamentos, dizer coisas dolorosas); dois que descrevem sentimentos internos que podem não somente ocorrer em resposta para o abuso emocional, mas também para outros tipos de maus-tratos (por exemplo, sentir-se odiado, pensar que os pais prefeririam que eles nunca tivessem nascido); e um item relativo à avaliação subjetiva do participante em relação à experiência (por exemplo, “eu acredito que eu fui emocionalmente abusado”). Consequentemente não está claro se as associações observadas refletem alguma coisa que é específica do abuso emocional, ou se elas podem indicar alguma coisa que seja mais amplamente intrínseca a todas as formas de maus-tratos.

Por outro lado, a experiência de abuso emocional pode ser particularmente prejudicial para saúde mental. Diversos estudos têm sugerido que a negatividade dos pais e a invalidação podem reduzir a capacidade de as crianças lidarem com formas de maus-tratos que estejam ocorrendo

simultaneamente (WIND; SILVERN, 1994), podem afetar o desenvolvimento de um sistema próprio, ao engendrar baixa autoestima e percepção negativa do eu (BRIERE; RUNTZ, 1990; McGEE; WOLFE; WILSON, 1997; NEACSIU; BOHUS; LINEHAN, 2014), e podem conduzir para insegurança, o que é, em si, um fator de risco para psicopatologia (GROH et al., 2012). Ao mesmo tempo, no entanto, é também possível perceber que as associações observadas podem ser devidas a aspectos do abuso emocional, provavelmente secundárias para outros tipos de maus-tratos (por exemplo, não sentir-se amado ou inútil). Ambas as hipóteses alternativas poderiam explicar os efeitos independentes observados do abuso emocional, desde que a variância compartilhada entre os tipos de maus-tratos tenha sido levada em conta. No futuro, o uso de instrumentos mais abrangentes de abuso emocional marcará um passo importante para se esclarecerem as associações identificadas através desses estudos.

Os achados do presente estudo também divergiram de Cecil et al. (2017) em alguns aspectos. Como foi mencionado acima, embora associações entre os maus-tratos na infância e a sintomatologia psiquiátrica tenha sido mais forte para os dados de autorrelato *versus* dados relatados por informantes em ambos os estudos, essa diferença foi encontrada com mais frequência em nosso estudo. De fato, a associação entre os tipos de maus-tratos e os desfechos relatados por informantes (por exemplo, dificuldades internalizantes e externalizantes) não foi significativa em nosso modelo cumulativo, e as associações foram, em geral, mais fracas nos modelos independentes e simultâneos, se comparadas com as do estudo no Reino Unido (CECIL et al., 2017). Essas discrepâncias podem largamente refletir o fato de os dois estudos

terem coletados dados de diferentes informantes (Brasil, pais; Reino Unido, professores e trabalhadores-chave). Nas análises de seguimento, nós observamos que a concordância entre autorrelatos e relatos por informantes (como foi indexado pelas avaliações dos sintomas internalizantes) foi, de fato, maior no estudo do Reino Unido, quando comparado ao nosso. Uma razão para isso pode ser o fato de que, na amostra do Reino Unido, a fonte de informação (isto é, professor *versus* trabalhador-chave) variou de acordo com o local de recrutamento. Nas escolas, onde os participantes pontuaram tipicamente mais baixo quanto aos maus-tratos na infância e sintomatologia psiquiátrica, os relatos de informantes foram coletados dos professores. Por outro lado, para os participantes recrutados em instituição de caridade, que possivelmente informariam experiências de maus-tratos infantis e mais sintomas psiquiátricos, os relatos dos informantes foram coletados por trabalhadores-chave, que haviam recebido treinamento especializado para suporte a jovens vulneráveis. Portanto, é possível que eles tenham refletido mais de perto os sintomas psiquiátricos autorrelatados (nesse caso, as dificuldades internalizantes, as quais podem ser particularmente de difícil detecção), devido à intensa experiência e ao treinamento no trabalho com jovens vulneráveis. Os nossos achados divergiram de Cecil et al. (2017) quando comparados com os modelos simultâneos e individuais para caracterizar as associações entre tipos de maus-tratos e sintomatologia psiquiátrica. Especificamente, no estudo de Cecil et al. (2007), os autores observaram que, enquanto a maioria das formas de maus-tratos estava significativamente associada com os desfechos de saúde mental, quando examinada individualmente, somente o abuso emocional permaneceu como um

preditor significativo quando os tipos de maus-tratos foram modelados simultaneamente, apontando para um papel importante de variância compartilhada na condução dos efeitos dos maus-tratos sobre a saúde mental. No presente estudo, observou-se que, em geral, as associações diminuíram em sua magnitude entre os modelos simultâneos. Isso significa que, enquanto o abuso emocional foi identificado como o mais forte e mais consistente preditor independente de saúde mental em consonância com os achados de (CECIL et al., 2017), não foi o único tipo de maus-tratos a mostrar associações específicas. Essas diferenças podem ser parcialmente explicadas pela mais baixa magnitude de correlações entre tipos de maus-tratos em nosso estudo (isto é, Brasil:  $r = 0.05 - 0.44$ ; Reino Unido:  $r = 0.29 - 0.70$ ), apontando para um grau mais baixo de variância compartilhada. Os resultados também sugerem independência mais proeminente do papel do abuso físico em prever as dificuldades internalizantes dentro no nosso estudo, quando comparado com o estudo do Reino Unido (isto é, onde nenhuma associação específica significativa foi observada).

Neste trabalho, buscamos adicionalmente trazer as informações sobre o papel potencial da vitimização pelos colegas como um mediador dos efeitos dos maus-tratos sobre a saúde mental. No estudo do Reino Unido, Cecil et al. observou que os níveis atuais de exposição à violência na comunidade mediavam a influência de maus-tratos na infância (particularmente do abuso físico) sobre os problemas externalizantes e a sintomatologia relacionada com traumas (porém sobre os problemas internalizantes). Os autores também declaram que não estava claro, a partir dos achados, se essa mediação do efeito era conduzida pelo fato de se ser a vítima e (ou) um perpetrador de

violência. No presente estudo, nós examinamos essa questão no contexto da vitimização dos colegas *versus* perpetração de *bullying*. Observamos que a influência dos maus-tratos na infância (por exemplo, abuso emocional e físico) sobre os sintomas psiquiátricos era mediada por vitimização pelos colegas, porém não pela perpetração de *bullying*. É importante destacar que os efeitos da mediação ficaram limitados aos problemas internalizantes autorrelatados e não se estenderam aos problemas externalizantes. Já no estudo do Reino Unido, EVC mediou os efeitos dos maus-tratos sobre os sintomas externalizantes (mas não os internalizantes). Neste estudo, nós observamos que a vitimização pelos colegas mediou os efeitos de maus-tratos sobre os sintomas internalizantes (mas não os externalizantes).

Com base na literatura existente, há razões para se acreditar que essas diferenças podem mesmo refletir efeitos separados de EVC e vitimização pelos colegas. Por outro lado, foi demonstrado que a EVC exerce um efeito independente mais forte sobre os problemas externalizantes, quando comparada com os problemas internalizantes, quando se ajustam as influências dos maus-tratos da infância (CECIL et al., 2014; FOWLER et al., 2009). Por outro lado, tem sido mostrado que a vitimização pelos colegas prediz, de modo mais robusto, os problemas internalizantes, incluindo depressão, ansiedade e risco de suicídio, até mesmo depois do controle para a exposição aos maus-tratos (LEREYA et al., 2015; REIJNTJES et al., 2010). Ainda que de modo especulativo, é possível afirmar que essas associações diferenciais podem refletir diferenças na natureza interpessoal das exposições, com a EVC primeiramente relacionada com a violência testemunhada ou experimentada envolvendo estranhos, e a vitimização por colegas relacionada



especificamente com a violência dentro do contexto dos pares – um estressor interpessoal particularmente potente durante a adolescência (BANNY et al., 2013).

Em geral, nossos achados estão alinhados com estudos anteriores que têm documentado um efeito de mediação significativa da vitimização pelos colegas na associação entre maus-tratos infantis e sintomas internalizantes (BAKER; BUGAY, 2011; HAMILTON et al., 2013). Ao contrário de estudos anteriores, contudo, nós incluímos a perpetuação do *bullying* como um mediador concorrente, o que nos habilitou a testar múltiplas vias de mediação relacionadas com ser vítima *versus* ser perpetrador de violência em relação aos colegas. Com base nesse modelo, nossos achados sugerem que os maus-tratos infantis estão mais associados a problemas internalizantes, embora parcialmente, via aumento da vulnerabilidade à vitimização pelos colegas, porém não via aumento da infligência de violência contra os colegas.

Em um estudo que correlaciona fatores como *bullying* e qualidade de vida em estudantes (MARQUES, 2014), utilizando o EMSVE, foi demonstrado que o envolvimento com *bullying* é fator de piora da qualidade de vida, principalmente quando associado à vitimização. O *bullying* é entendido como uma variação específica de violência escolar, que inclui componentes físicos e psicológicos e, atualmente, é um fenômeno bastante discutido na literatura, pelas graves consequências para os estudantes que são vítimas de agressores ou daqueles que testemunham essa forma de violência escolar.

No presente estudo, o conjunto representado pelas variáveis ter sofrido *bullying*, abuso físico, abuso emocional, negligência emocional, negligência física e abuso sexual mostrou-se preditor significativo dos níveis de ansiedade

[ $F(6,335)=15,06$ ;  $p<0,001$ ]. O valor de  $R^2$  ajustado foi igual a 0,21, indicando que 21% da variância nos escores de ansiedade pela SCARED foram explicados pelo modelo.

Em relação aos escores de sintomas depressivos através do CDI, as variáveis ter sofrido *bullying*, negligência emocional, abuso sexual, abuso emocional e negligência física mostraram-se, em conjunto, preditoras significativas dos níveis de sintomas depressivos [ $F(6,337)=40,90$ ;  $p<0,001$ ], com a experiência de ter sofrido *bullying* sendo a variável de maior impacto. O valor de  $R^2$  ajustado foi igual a 0,42, indicando que 42% da variância, nos escores de depressão pelo CDI, foram explicados pelo modelo.

Num estudo de caso-controle aninhado a um estudo transversal de base populacional com 1.560 adultos jovens entre 18 e 24 anos (KONRADT et al., 2013), sobre trauma precoce e transtorno de humor, pôde-se observar que o relato de vivências traumáticas precoces ocorre mais frequentemente entre os jovens com transtornos de humor que na população geral de jovens, confirmando dados da literatura (ETAIN et al., 2008; ETAIN et al., 2010).

Uma metanálise de 16 estudos epidemiológicos (23.544 participantes) sugere que, além de os maus-tratos na infância estarem associados a um risco elevado de desenvolvimento de episódios depressivos recorrentes e persistentes, pacientes deprimidos vitimizados se beneficiam menos de tratamento quando comparados a deprimidos não vitimizados (NANNI; UHER; DANESE, 2011).

Segundo Nardi, Ferreira e Neufeld (2015), as intervenções podem sofrer influências de muito fatores no que se refere aos índices de redução de sintomatologia depressiva em crianças, tais como tipo de intervenção

(universal, indicada ou seletiva), profissional que aplica (professor ou outros) e comparação com um grupo-controle. Calear e Christensen (2010) sugerem que programas indicados têm sido mais eficazes do que os programas seletivos ou universais para essa população. Este trabalho, por se tratar de uma intervenção universal, não avaliou separadamente os grupos com maior intensidade de sintomas depressivos e ansiosos, não sendo possível, portanto, verificar o alcance da TCP-G para grupos com maior risco de desenvolver esses transtornos.

O TCP-G se propôs a ensinar aos estudantes, a partir de técnicas desenvolvidas em sala de aula e com tarefas de casa, o desenvolvimento de pensamentos mais funcionais e a reestruturação de crenças disfuncionais. Aspectos de cunho social merecem ser discutidos neste trabalho pela sua importância nesse cenário: o modelo escolar vigente propicia a execução de um projeto de intervenção em saúde? Como equacionar problemas relacionados à estrutura física ou à distorção série-aluno que encontramos nas salas de aula? Como resolver essas questões em futuras pesquisas que possam minimizar esses problemas?

Diante dessas questões, aspectos relacionados ao treinamento – menor número de alunos por turma, maior estratégia de envolvimento do professor na pesquisa, melhor adequação dos materiais didáticos para os diferentes níveis de escolaridade, avaliação na escolha do profissional que aplica o treinamento – poderão ser reestruturados em futuras intervenções, embora outros desafios sejam impostos e precisem ser avaliados.

## 7. CONCLUSÕES

As conclusões deste trabalho apontam que a compreensão dos mecanismos envolvidos nos transtornos psiquiátricos como a depressão e ansiedade é cada vez mais relevante, pois estes são considerados um problema de saúde pública mundial. O primeiro objetivo primário da pesquisa - avaliar diferentes formas de maus-tratos na infância como preditores de ansiedade e depressão na adolescência sugere que o conjunto representado pelas variáveis relacionadas aos maus tratos são possíveis preditores significativos dos níveis de sintomas depressivos e ansiosos. Em relação ao segundo objetivo primário - propor um modelo psicoterápico preventivo, denominado Treinamento Cognitivo Processual em Grupo (TCP – G), para sintomas de ansiedade e depressão em adolescentes - apesar que a proposta deste trabalho foi direcionada para sintomas de depressão e ansiedade na adolescência este modelo mostrou-se transdiagnóstico.

Quanto ao primeiro objetivo secundário da investigação - caracterizar os adolescentes quanto à presença de maus-tratos na infância – os resultados sugerem que negligência emocional (45,2%), negligência física (39,9%) e abuso emocional (36,4%) foram os tipos de maus tratos mais frequentes relatados pela amostra.

O segundo objetivo da pesquisa - Avaliar as associações entre os tipos de maus-tratos e os transtornos internalizantes e externalizantes – a associação entre os tipos de maus-tratos e os desfechos relatados por informantes (ex. dificuldades internalizantes e externalizantes) não foi significativa em nosso modelo cumulativo, e as associações foram em geral mais fracas nos modelos independentes e simultâneos.

Estudos recentes têm apontado para os maus-tratos como preditores no desencadeamento de transtornos psiquiátricos. Esta tese sugere que diferentes tipos de maus-tratos são em conjunto preditores de sintomas ansiosos e depressivos na população estudada;

No nosso estudo, a maioria dos adolescentes sofreu mais de um subtipo de maus-tratos, o que coaduna com os dados da literatura. Devido à importância da associação entre diferentes tipos de maus-tratos e transtornos psiquiátricos, torna-se necessário o desenvolvimento de ações preventivas com pais e cuidadores a fim de reduzir a ocorrência de transtornos psiquiátricos na vida adulta.

## 8. PERSPECTIVAS FUTURAS

Em termos de perspectivas futuras, os resultados sugerem novas pesquisas que contemplem ensaios clínicos randomizados com grupo-controle bem caracterizado e estudos longitudinais com amostras maiores e seguimento por vários anos, que possam avaliar a eficácia do TCP-G em escolares. Segundo Paternostro et al. (2015), mesmo havendo avanços em trabalhos em grupos em terapia cognitiva para escolares, são necessárias pesquisas mais robustas que apresentem os ganhos em longo prazo. Os resultados desta pesquisa sugerem futuros estudos em TCP-G que contemplem as variáveis *bullying* e traumas na infância no contexto escolar.

Outro aspecto que merece atenção em futuros treinamentos dessa natureza se relaciona à avaliação do desempenho escolar (notas, assiduidade e participação em aulas) dos estudantes, pois segundo Stallard (2007), além dos efeitos específicos de redução dos sintomas, espera-se que intervenções de caráter preventivo estimulem o desempenho acadêmico.

## REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M. et al. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. **Psychol. bull.**, Washington, v. 131, n. 3, p. 361-382, 2005.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles**. Burlington: University of Vermont, 2001.
- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. 3. ed. Toray-masson: Barcelona, 1977.
- ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **The integrative power of cognitive therapy**. New York. Guilford Press. 1997.
- ALLEN, B. Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. **J. interpers. violence**, New York, v. 26, n. 10, p. 2093-2110, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTUNES, D.; ZUIN, A. Do *bullying* ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicol. soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 33-42, 2008.
- ARATA, C. M., et al. Single versus multi-type maltreatment: an examination of the long-term effects of child abuse. **J. Aggress., Maltreat. Trauma**, New York, v. 11, n. 4, p. 29-52, 2005.
- ARATA, C. M. et al. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 31, p.93-415, 2007.
- ARROYO, M. G. Fracasso/Sucesso: um pesadelo que perturba nossos sonhos. **Em aberto**, Brasília, v. 17, n. 71, p.33-40, jan. 2000.
- BAHLS, S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002.
- BANNY, A. M. et al. Vulnerability to depression: a moderated mediation model of the roles of child maltreatment, peer victimization, and serotonin transporter linked polymorphic region genetic variation among children from low socioeconomic status backgrounds. **Dev. Psychopathol.**, New York, v. 25, n. 3, p. 599-614, 2013.
- BARRET, P. M.; LOWRY-WEBSTER, H.; TURNER, C. **Friends program for children: group leaders manual**. Brisbane: Australian Academic, 2000.

BAKER, O. E.; BUGAY, A. Peer victimization and depressive symptoms: the mediation role of loneliness. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, [S.l.], v. 30, p. 1303-1307, 2011.

BAUER, M. et al. Diretrizes de World Federation of Societies Biological Psychiatry (WFSBP) para o tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, p. 17-57, 2009.

BECK, A. Thinking and depression. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v. 9, p. 324-333, 1963.

BECK, A. Thinking and depression II: theory and therapy. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v. 10, p. 561-571, 1964.

BECK, A. T. **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press, 1976.

BECK, J. **Cognitive therapy**: basics and beyond. New York: Guilford, 1995.

BECK, J. **Terapia cognitiva**: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. **Cognitive behavior therapy**: basics and beyond. 2. ed. New York: Guilford Press, 2012.

BEE, E. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 27, n. 2, p. 169-190, 2003.

BIFULCO, A. et al. Exploring psychological abuse in childhood: II. association with other abuse and adult clinical depression. **Bull. menn. clin.**, Topeka, v. 66, p. 241-258, 2002.

BIRLESON, P. The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: a research report. **J. child psychol. psychiatr. allied discipl.**, Oxford, v. 22, p. 73-88, 1981.

BIRMAHER, B. et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 36, n. 4, p. 545-553, 1997.

BIRMAHER, B. et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.** Baltimore, v.38, n.10, p. 1230-1236, 1999.

BORNSTEIN, P. H.; KNAPP, M. Self-control desensitization with a multiphobic boy: a multiple baseline design. **J. behav. ther. exp. psychiatry**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 282-285, 1981.



- BRANCO, B. M. et al. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In: LACERDA, L. T. de. et al. (Colab.). **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRIERE, J.; RUNTZ, M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. **Child abuse negl.**, Oxford, v.14, n. 3, p. 357-364, 1990.
- BUCKINGHAM, E.; DANIOLOS, P. Longitudinal outcomes for victims of child abuse. **Curr. psychiatry rep.**, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 342, 2013.
- BUNGE, E.; GOMAR, M.; MANDIL, J. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: aportes técnicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- BURNS, D. D. **Feeling good: the new mood therapy**. New York: Signet, 1980.
- CALDERARO, R.; CARVALHO, C. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicol. estud.**, Maringa, v. 10, n. 2, p. 181-189, 2005.
- CALEAR, A. L.; CHRISTENSEN, H. Systematic review of School-based prevention and early intervention programs for depression. **J. adolesc.**, London, v. 33, n. 3, p. 429-438, 2010.
- CALLEGARO, M. M. **O novo inconsciente: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G. **A prática cognitiva na infância**. São Paulo: Roca, 2007.
- CARSTENSON, B. The auxiliary chair technique - a case study. **Group psychother.**, New York, v. 8, p. 50-56, 1955.
- CECIL, C. A. et al. Disentangling the mental health impact of child abuse and neglect. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 63, p. 106-119, jan. 2017.
- CECIL, C. A. et al. Double disadvantage: the influence of childhood maltreatment and community violence exposure on adolescent mental health. **J. child psychol. psychiatry**, Oxford, v. 55, n. 7, p.839-848, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12213>.
- CICCHETTI, D. Annual research review: resilient functioning in maltreated children--past, present, and future perspectives. **J. child psychol. psychiatry**, Oxford, v. 54, n. 4, p. 402-422, 2013.
- CICCHETTI, D., ROGOSCH, F. A. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. **Dev. psychopathol.**, New York, v.8, p. 597-600, 1996.

CICCHETTI, D.;TOTH, S. L. Child maltreatment. **Ann. rev. clin. psychol.**, Palo Alto, v.1, p. 409-438, 2005.

CLARK, G. N.; DeBAR, L. L; LEWINSOHN, P. M. Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. In: KAZDIN, A. E.; WEISZ, J. R. (Ed.). **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. New York: Guilford, 2003. p. 120-134.

COSTA, M.; SANTOS. Semiologia do adolescente nas suas diversas fases. In: SILVA, I. **Diagnóstico em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COUTINHO, M. da P. de L. et al. Inventário de depressão infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 291-300, 2008.

COUTINHO, M. da P. de L. et al. Indicadores psicométricos do inventário de depressão infantil em amostra infanto-juvenil. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 269-276, 2014.

CROMARTY, P.; MARKS, I. Does rational role-play enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia? A case study. **Br. j. psychiatr.**, London, v. 167, n. 3, p. 399-402, 1995.

DAUNIC, A. P. et al. Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: efficacy and social validity. **J. sch. psychol.**, Columbus, v. 44, n. 2, p.123-139, 2006.

DAUNIC, A. P. et al. Reducing developmental risk for emotional/behavioral problems: a randomized controlled trial examining the tools for getting along curriculum. **J. sch. psychol.**, Columbus, v. 50, n. 2, p.149-166, 2012.

DE OLIVEIRA, I. R. Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 12-18, 2008.

DE OLIVEIRA, I. R. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.' unknown accusation. **Med. hypotheses**, Medford, v. 77, p. 5-6, 2011.

DE OLIVEIRA, I. R. **Manual do treinamento cognitivo processual em grupo: TCP-G**. 2015. No prelo.

DE OLIVEIRA, I. R. **Terapia cognitiva processual: manual para clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2016. 224p.

DE OLIVEIRA, I. R. Trial-based cognitive therapy (TBCT): a new cognitive-behavior therapy approach. In: OLIVEIRA, I.; SCHWARTZ, T.; STAHL, T. **Integrating psycho-therapy and psychopharmacology: a handbook for clinicians**. New York: Routledge, 2014a.

DE OLIVEIRA, I. R. **Trial-based cognitive therapy**: a manual for clinicians. New York: Routledge, 2014b

DE OLIVEIRA, I. R. Use of the trial-based thought record to change negative core beliefs. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy**. Rijeka: Intech, 2012. p. 35-60.

DE OLIVEIRA, I. R. et al. Changing negative core beliefs with the trial-based thought record: a randomized study. In: CONGRESSO MUNDIAL DE PSYCHOPHARMACOLOGY DA NEI, Colorado Springs. 2013.

DE OLIVEIRA, I. R. et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. **CNS Spectr.**, New York, v. 17, n. 1, p.16-23, 2012.

DE OLIVEIRA, I. R.; DURAN, E. P.; VELASQUEZ, M. A trans-diagnostic observation of the efficacy of the trial-based thought record in changing negative core beliefs and reducing self-criticism. In: CONGRESSO MUNDIAL DE PSYCHOPHARMACOLOGY DA NEI, San Diego. 2012.

DE OLIVEIRA, I. R.; SCHWARTZ, S; STAHL, S. **Terapia cognitiva processual (TCP)**: uma abordagem de terapia cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DE SOUSA, D. A. et al. Sensitivity and specificity of the screen for child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a community – based study. **Child Psychiatry Hum. Dev.**. New York, v. 44, n. 3, p. 391-399, 2013.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância**: teoria e prática. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

DIENER, E.; BISWAS-DIENER, R. The Replication Crisis in Psychology. In: \_\_\_\_\_. (Ed.). **Noba textbook series**: psychology. Champaign, IL: DEF publishers, 2016.

DONG, M. et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household disfunction. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 28, p. 771-784, 2004.

DONOVAN, C. L.; SPENCE, S. H. Prevention of childhood anxiety disorders. **Clin. Psychol. Rev.**, Tarrytown, v. 20, n. 4, p. 509-531, 2000.

DUMAS, J. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUMAS, J. E. **L´enfant anxieux**: comprendre la peur de la peur et redonner courage. Bruxelles: De Boeck, 2005.

ELLIS, A. **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stuart, 1962.

ETAIN, B. et al. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. **Bipolar Disord.** Copenhagen, v. 10, n. 8, p. 867-876, 2008.

ETAIN, B. et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. **J. trauma. Stress**, New York, v. 23, n. 3, p. 376-383, 2010.

FANTE, C. **Fenômeno *bullying***: como prevenir a violência e educar para a paz. São Paulo: Verus, 2005.

FARRELL, N.; MILOSEVIC, I.; MCCABE, R. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para adolescentes com transtornos de ansiedade. In: NEUFELD, C. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FERNANDES, G.; CASTRO, P. F. Avaliação da incidência de sintomas depressivos em alunos de 1ª a 4ª série do ensino fundamental, a partir do inventário de depressão infantil (CDI). **Revista Saúde**, São Paulo, v. 5, p. 21-41, 2011.

FINKELHOR, D. et al. Child maltreatment rates assessed in a national household survey of caregivers and youth. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 1421-1435, 2014.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. K.; TURNER, H. A. Lifetime assessment of polyvictimization in a national sample of children and youth. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 33, n. 7, p. 403-411, 2009.

FISHER, P. H.; MASIA-WARNER, C.; KLEIN, R. G. Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. **Clin. child fam. psychol. rev.**, New York, v. 7, n. 4, p. 241-249, 2004.

FLAVELL, J. H. Metacognitive and cognitive monitoring: a new área of cognitive-developmental inquiry. **Am. psychol.**, Washington, v. 34, n. 10, p. 906-911, 1979.

FOWLER, P. J. et al. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. **Dev. psychopathol.**, New York, v. 21, p. 227-259, 2009.

FRANCISCO, M. V.; LIBÓRIO, R. M. C. Um estudo sobre *bullying* entre escolares do ensino fundamental. **Psicol. reflex. crít.** Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 200-207, 2009.

FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. **Compreendendo a terapia cognitiva**. São Paulo: Editorial Psy, 1998.

FREEMAN, A.; DEWOLF, R. **The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them**. New York: HarperPerennial, 1992.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. **A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FRISTAD, M. A.; EMERY, B. L.; BECK, S. J. Use and abuse of the children's depression inventory. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v. 65, n. 4, p. 699-702, 1997.

GIBB, B. E.; ALLOY, L. B. A prospective test of the hopelessness theory of depression in Children. **J. clin. child adolesc. psychol.**, Mahwah, v. 35, n. 2, p. 264-274, 2006.

GOMES, L. P. et al. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 2, p. 95-105, 2013.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBUHLER, I. (Org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 7, p. 345-349, 1995.

GRASSI-OLIVEIRA R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do child trauma questionnaire. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, p. 249-255, 2006.

GREEN, J. G. et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 113-123, 2010.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **Mind over mood**. New York: Guilford Press, 1995.

GROH, A. M. et al. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. **Child dev.**, Chicago, v. 83, n. 2, p. 591-610, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x>.

HAMILTON, J. L. et al. Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. **J. clin. child adolesc. psychol.**, London, v. 42, n. 3, p. 332-347, 2013.

HERJANIC, B.; REICH, W. Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v.10, p. 307-324, 1982.

HERRENKOHL, R. C.; HERRENKOHL, T. I. Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: some unfinished business. **J. fam. violence**, New York, v. 24, n. 7, p. 485, 2009.

HIGGINS, D.; McCABE, M. Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. **Aggress. Violent Behav.**, Tarrytown, v. 6, n. 6, p. 547-578, dec. 2000.

HOVENS, J. G. F. M. et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. **Acta psychiatr. scand.**, Copenhagen, v.122, p. 66-74, 2010.

HOVENS, J. G. F. M. et al. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. **Acta psychiatr. scand.**, Copenhagen, v.126, p. 198-207, 2012.

HUEBNER, E. S. Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. **Psychol. assess.**, Arlington, v. 6, n.2, p. 149-158, 1994.

ISOLAN, L. et al. Psychometric properties of the Screen for child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. **J. anxiety disord.**, Elmsford, v. 25, n. 5, p. 741-748, 2011.

KAFKA, F. **The trial**. New York: Schocken, 1925.

KAUFMAN, J. D. et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-Age Children – present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 36, n. 7, p. 980-988, 1997.

KENDALL, P. C. et al. Crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade. In: KNAPP, P. **Terapia cognitiva-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KERR-CORRÊA, F. et al. Abuso sexual e dependência de álcool e drogas: uma revisão. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 85-95, 2000.

KNAPP, P (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KONRADT, C. E. et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.40, n.3, p. 93-96, 2013.

KOVACS, M. **Children's depression inventory manual**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1992.

KOVACS, M. **Children's depression inventory (CDI): technical manual update**. Toronto: Multhi-Health Systems, 2003.

LAUTERBACH, D.; ARMOUR, C. C. Symptom trajectories among child survivors of maltreatment: findings from the longitudinal studies of child abuse and neglect (LONGSCAN). **J. abnorm. child psychol.**, New York, v. 44, n. 2, p. 369-379, 2016.

LEAHY, R. L. **Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide**. New York: Guilford Press, 2003.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Emotion regulation in psychotherapy**. New York: Guilford Press, 2011.

LEREYA, S. T. et al. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. **Lancet Psychiatry**, Kidlington, v. 2, n. 6, p. 524-531, 2015.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004.

LISBOA, C.; BRAGA, L.; EBERT, G. O fenômeno *bullying* ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p. 59-71, 2009.

LITROWNIK, A. J. et al. Measuring the severity of child maltreatment. **Child abuse negl.** Oxford, v. 29, n.5, p.553-573, 2005.

LIZUKA, C.; BARRET, P. Programa friends para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In: PETERSEN, S. C.; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LOWRY-WEBSTER, H. M.; BARRETT, P. M.; LOCK, S. A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: result at one year follow-up. **Behav. Change**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 25-43, 2003.

MANASSIS, K. et al. The feeling club: Randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. **Depress. anxiety**, New York, v. 27, n.10, p. 945-952, 2010.

MARCH, J. S. et al. The Multidimensional Anxiety Scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 36, n. 4, p. 554-565, 1997.

MARQUES, D. F. P. J. **Bullying: Impactos sobre a satisfação com a vida em adolescentes**. 2014. 87f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2014.

MARTINS, C. M. S. **Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos**. 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Ciências do Comportamento) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.

MASIA WARNER, C. et al. Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. **J. child psychol. psychiatry**, Elmsford, v. 48, n. 7, p. 676-686, 2007.

MAYER, L. R.; KOLLER, S. H. Rede de apoio e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In: HABIGZANG

- L. F.; KOLLER, S. H. **Violência contra crianças e adolescentes**: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 21-32.
- McCRORY, E. J.; VIDING, E. The theory of latent vulnerability: reconceptualizing the link between childhood maltreatment and psychiatric disorder. **Dev. psychopathol.**, New York, v. 27, p. 493-505, 2015.
- McGEE, R. A., WOLFE, D. A., WILSON, S. K. Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. **Dev. psychopathol.**, New York, v. 9, n.1, p. 131-149, 1997.
- MÉNDEZ, E. X.; OLIVARES, J.; ROS, M. C. Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In: CABALLO, V. E.; SIMON, M. A. (Org.). **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente**. São Paulo: Santos, 2005. p. 139-185.
- MERIKANGAS, K. R. et al. Lifetime Prevalence of mental disorders in U.S adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 49, n. 10, p. 980-989, 2010.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (Ed.). **Reducing Risks for Mental Disorders**: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
- NANNI, V.; UHER, R.; DANESE, A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. **Am. j. psychiatry.**, Arlington, v. 169, n. 2, p.141-151, 2011.
- NARDI, P.; FERREIRA, I.; NEUFELD, C. Programas de promoção de saúde mental em grupo para crianças. In: NEUFELD, C. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- NEACSIU, A. D.; BOHUS, M.; LINEHAN, M. M. **Dialectical behavior therapy**: an intervention for emotion dysregulation. Handbook of emotion regulation. [ S.l.: s.n.], 2014.
- NEENAN, M.; DRYDEN, W. **Essencial cognitive therapy**. London: Whurr, 2000.
- NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS med.**, San Francisco, v. 9, n.11, p. e1001349, 2012.
- OLLENDICK, T. H. Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). **Behav. res. ther.**, Oxford, v. 21, p. 685-692, 1983.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing child maltreatment: a guide to talking action and generating evidence**. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PATERNOSTRO, J. et al. Terapia cognitivo comportamental em grupos em escolas. In: NEUFELD, C. (Org.). **Terapia cognitivo comportamental em grupos para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PENNEBAKER, J. W.; BEALL, S. K. Confronting a traumatic event: toward na understanding of inhibition and disease. **J. abnorm. psychol.**, Washington, v. 95, n. 3, p. 274-281, 1986.

PERSONS, J. B. **Cognitive therapy in practice: a case formulation approach**. New York: W.W. Norton, 1989.

PERSONS, J. B.; BURNS, D. D.; PERLOFF, J. M. Predictors of droupout and outcome in cognitive therapy for depression in private practice setting. **Cognit. ther. res.**, New York, v. 12, n. 6, p. 557-575, 1988.

PETERSEN, C. et al. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In: PETERSEN, C.; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e Arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PETRENKO, C. L. et al. Doessubtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 36, n. 9, p.633-644, 2012.

PICCOLOTO, N. M.; WAINER, R. Aspectos biológicos da estruturação da personalidade e terapia cognitivo-comportamental. In: CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G. (Org.). **A prática cognitiva na infância**. São Paulo: Roca, 2007. p.16-35.

POLANCZYK, G. V. et al. Anual research review: ameta-analysis of the world wide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **J. child psychol. psychiatry**, Oxford, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

POWELL, V. B. et al. Changing core beliefs with trial-based therapy may improve quality of live in social phobia: a randomized study. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 1-5, 2013.

POZNANSKI, E. O. et al. Preliminary studies of the reliability and validity of the children´s depression rating scale. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 23, p. 191-197, 1984.

PRETZER, J. L.; BECK, A .T. A cognitive theory of personality disorders. In: CLARKIN, J. F.; LENZEWEGER, M. F. (Ed.). **Major theories of personality disorder**. New York: Guilford Press, 1996. p. 36-105.

PUREZA, J. da R. **Contribuições da psicologia positiva para a compreensão e intervenção no fenômeno *bullying***. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

RADFORD, L. et al. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 37, n. 10, p. 801-813, 2013.

REIJNTJES, A. et al. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 34, n. 4, p. 244-252, 2010.

REYNOLDS, W. M.; ANDERSON, G.; BARTELL, N. Measuring depression in children: a multimethod assessment investigation. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v. 13, n. 4, p. 513-526, 1985.

REYNOLDS, C. R.; RICHMOND, B. O. What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v. 6, n. 2, p. 271-280, 1978.

ROCHA, C.; REIMÃO, R. Associação entre sintomatologia depressiva e distúrbios do sono em adolescentes. In: VALLE, I.; MATTOS, M. (Org.). **Adolescência: as contradições da idade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2010.

ROSEN, H. The constructivist-development paradigm. In: DORFMAN, R. A. (Ed.). **Paradigmas of clinical social work**. New York: Brunner/Mazel, 1988. p. 317-355.

RUSH, A. J. et al. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. **Cognit. ther. res.**, New York, v. 1, n. 1, p.17-37, 1977.

SALMIVALLI, C. **Not only bullies and victims**: participation in harassment in school classes; some social and personality factors. Turku: Turun Yliopisto, 1998. p. 135-137.

SANTIAGO, M. Transtornos do Humor. In: COELHO, B. et al. (Org.). **Psiquiatria da infância e da adolescência: guia para iniciantes**. Novo Hamburgo: Synopsys, 2014.

SAR, V. et al. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. **Am j. psychiatr.**, Arlington, v. 161, n.12, p. 2271-2276, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2271>.

SEIXAS, S. R. P. M. M. **Comportamentos de *bullying* entre pares bem estar e ajustamento escolar**. 2006. Tese (Doutorado) - Programa em Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2006.

SHAFFER, D. et al. The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC 2.3): description, acceptability, prevalences rates, and

performance in the MECA study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 35, n. 1, p. 865-877, 1996.

SHAFFER, D. et al. NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 39, n. 1, p. 28-38, 2000.

SHERIDAN, M. A.; McLAUGHLIN, K. A. Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. **Trends cogn. sci.**, Kidlington, v. 18, n. 11, p. 580-585, 2014.

SHOCHET, I. et al.. A qualitative investigation of adolescents perceived mechanisms of change from a universal school-based depression prevention program. **Int. j. environ. res. public health**, Basel, v. 11, n. 5, p.5541-5554, 2014

SILVA FILHO, O.; DA SILVA, M. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e a hebiatria. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro, v.10, supl. 3, p-31-41, out. 2013.

SILVERMAN, W. K.; ALBANO, A. M. **Anxiety disorders interview schedule for children for DSM-IV (child & parent versions)**. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind, 1996.

SILVERMAN, W. K.; SAAVEDRA, L. M.; PINA. A. A. Test-re-test reliability of anxiety symptoms and diagnoses using the anxiety disorder interview schedule for DSM-IV: child and parent versions (ADIS for DSM IV:C/P). **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 40, n. 8, p. 937-944, 2001.

SOKOLOFF, R. M.; LUBIN, B. Depressive mood in adolescent, emotionally disturbed females: reliability and validity of an adjective checklist (CDACL). **J. abnorm. child psychol.**, New York, v. 11, p. 531-536, 1983.

SPEIER, P. L. et al. Depression in children and adolescents. In: BECKHAM, E. E.; LEBER, W. R. (Ed.). **Handbook of depression**. 2. ed. New York: Guilford Press, 1995. p. 467-493.

SPENCE, S H. A measure of anxiety symptoms among children. **Behav. res.ther.**, Oxford, v. 36, n. 5, p. 545-566, 1998.

SPENCE, S. H. The prevention of anxiety disorders in childhood. In: COTTON, P.; JACKSON, H. (Ed.). **Early intervention and prevention in mental health**. Melbourne: Australian Psychological Society, 1996. p. 87-107.

SPENCE, S. H. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v. 106, p. 280-297, 1997.

SPERTUS, I. L. et al. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 27, n. 11, p. 1247-1258, 2003.

- SPIELBERGER, C. D. et al. **State-Trait anxiety inventory for children**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1973.
- SULLIVAN, T. P. et al. Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. **J. trauma. stress**, New York, v. 19, n. 2, p. 229-239, 2006.
- STALLARD, P. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- STALLARD, P. **Guia do terapeuta para os bons pensamentos - bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescents**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- STALLARD, P. et al. The friends emotional health programme: initial findings from a school based project. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 12, n. 1, p. 32-37, 2007.
- STARK, K.; KENDALL, P. **Taking action: a workbook for overcoming depression**. [S.l.; s.n], 1996a.
- STARK, K.; KENDALL, P. **Treating depressed children: therapist manual for taking action**. [S.l.; s.n], 1996b.
- TELES, L. Transtornos fóbico-ansiosos na Infância e na adolescência. In: COELHO, B. et al. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. Novo Hamburgo: Synopsys, 2014.
- VACHON, D. D. et al. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n.11, p. 1135-1142, 2015.
- VAN DER PUT, C. E. et al. Child maltreatment among boy and girl probationers: does type of maltreatment make a difference in offending behavior and psychosocial problems? **Child abuse negl.**, Oxford, v. 46, p. 142-151, 2015.
- WAINER, R.; PICCOLOTO, N. Terapia Cognitivo comportamental da depressão na infância e adolescência. In: PETERSEN, C. et al. **Terapias cognitivo- comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- WEERSING, V. R.; BRENT, D. A. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: comparative efficacy, mediation, moderation, and effectiveness. In: KAZDIN, E. A; WEISZ, J. R. (Org.). **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. New York: Guilford Press, 2003. p. 135-147.
- WEINERT, F. E. Metacognition and motivation as determinants of effective learning and understanding. In: WEINERT, F. E.; KLUWE, R. (Org.). **Metacognition, motivation and understanding**. Hillsdale: Erlbaum, 1987. p.1-16.

WEISZ, J. R. et al. 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: Guilford, 2003. p.165-183.

WIND, T. W.; SILVERN, L. Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. **Child abuse negl.**, Oxford, v.18, n. 5, p. 439-453, 1994.

WITT, A. et al. Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. **Child abuse negl.**, Oxford, v. 57, p. 1-11, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, 854).

WRIGHT, J.; BASSO, M.; THASE, M. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## APÊNDICE A

### Questionário de Pesquisa Alunos

#### Treinamento Cognitivo Processual na Escola Caderno do Aluno

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero(a) que puder. Ninguém poderá ver suas respostas. Ao final, coloque suas respostas dentro do envelope. Só nós, os pesquisadores, teremos acesso a estas informações que serão guardadas confidencialmente e em segurança em nosso centro de pesquisas na universidade.

Não tenha pressa. Se tiver alguma dúvida ou não entender alguma palavra, um de nós terá muito prazer em ajudá-lo. Não tenha receio.

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino; ( ) Masculino .

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Série que estuda: \_\_\_\_\_ Período: ( ) Manhã; ( ) Tarde.

Qual é sua cor ou raça?

1-( ) negra;2-( ) branca;3-( ) amarela;4-( ) parda;5-( ) indígena.

Com quem você mora? Por favor, marque o item que mostra com quem você mora a maior parte do tempo.

1-( ) Minha mãe e meu pai;

2-( ) Minha mãe e seu novo companheiro ou marido;

3-( ) Meu pai e sua nova companheira ou esposa;

4-( ) Minha mãe;

5-( ) Parentes ou amigos;

6-( ) Outro, por favor explique:

\_\_\_\_\_

Quantos irmãos e irmãs você tem?

Tenho \_\_\_\_\_ irmãos;

Tenho \_\_\_\_\_ irmãs.

Seus pais possuem carro(s)?

0- ( ) Não    1-( ) Sim, um;    2-( ) Sim, dois ou mais.

Quantos computadores sua família possui?

0- ( ) Nenhum; 1- ( ) Um; 2- ( ) Dois; 3- ( ) Três ou mais.

Você tem uma cama só para você?

( ) Sim; ( ) Não.

As questões a seguir são sobre você e sua vida. As respostas são **confidenciais** e as informações não serão mostradas a ninguém, nem na escola, nem a seus pais, nem a qualquer outra pessoa que não sejam os pesquisadores.

### **Ferir-se a si mesmo**

A. Você teve pensamentos sobre ferir-se, nos **últimos 6 meses**, mesmo que não tenha intenção de fazê-lo?

0- ( ) Absolutamente não; 1- ( ) Uma ou duas vezes; 2- ( ) Três vezes ou mais

B. Você já se feriu de propósito de alguma forma (por exemplo, tomando superdosagem de comprimidos ou se cortando), **nos últimos 6 meses**?

0- ( ) Absolutamente não; 1- ( ) Uma vez; 2- ( ) Duas vezes ou mais

### **Uso de álcool**

C. Marque o item que descreve seu uso de álcool nos **últimos 6 meses**.

0- ( ) Nunca tome bebida alcoólica;

1- ( ) Tomei bebida alcoólica uma ou duas vezes;

2- ( ) Tomei bebida alcoólica mais de 2-4 vezes por mês;

3- ( ) Tomei bebida alcoólica mais de uma vez por semana.

### **Uso de maconha**

D. Marque o item que descreve seu uso de maconha nos **últimos 6 meses**.

0- ( ) Nunca fumei maconha;

1- ( ) Fumei maconha uma ou duas vezes;

2- ( ) Fumei maconha mais de 2-4 vezes por mês;

3- ( ) Fumei maconha mais de uma vez por semana.

### **Uso de outras drogas**

E. Marque o item que descreve seu uso de outras drogas (por exemplo, anfetaminas, LSD, Ecstasy, cocaína, cola, crack, heroína, etc.) nos **últimos 6 meses**.

0- ( ) Nunca usei nenhuma dessas drogas;

1- ( ) Usei alguma dessas drogas uma ou duas vezes;

2- ( ) Usei alguma dessas drogas mais de 2-4 vezes por mês;

3- ( ) Usei alguma dessas drogas mais de uma vez por semana.

**Bullying**

F. No **último semestre escolar**, com que frequência você sofreu bullying (por exemplo, verbalmente como ter sofrido pirraça ou gozação; ou fisicamente como ter sido agredido ou ameaçado)?

- 0- ( ) Não sofreu bullying;
- 1- ( ) Uma ou duas vezes;
- 2- ( ) Duas ou três vezes por mês;
- 3- ( ) Cerca de uma vez por semana;
- 4- ( ) Várias vezes por semana.

G. No **último semestre escolar**, com que frequência você participou de bullying (verbal ou fisicamente) sobre outros estudantes?

- 0- ( ) Não pratiquei bullying sobre outros estudantes;
- 1- ( ) Uma ou duas vezes;
- 2- ( ) Duas ou três vezes por mês;
- 3- ( ) Cerca de uma vez por semana;
- 4- ( ) Várias vezes por semana.



## APÊNDICE B

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado.” Nesta pesquisa, vamos descobrir se um novo programa de treinamento pode mudar o seu comportamento fazendo com que você possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle sobre seus impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas.

A pesquisa vai acontecer em sala de aula uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres da escola. Estes encontros duram mais ou menos cinquenta minutos. Ao todo, vão ser 18 encontros e mais dois encontros extras para responder uns questionários sobre ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. Estes questionários são importantes para saber se o programa está dando certo. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não vai pagar ou receber dinheiro para participar desta pesquisa. Você pode tirar dúvidas a qualquer momento, está livre para parar de participar ou não participar deste treinamento. Se você quiser sair, não tem problema e isto não vai ter nota ou repreensão. O que você fizer ou responder só vai ficar com você e o pesquisador, ninguém mais vai saber o que você respondeu ou fez. Durante a pesquisa você pode ficar cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento, mas nós faremos o possível para que isto não aconteça.

Você vai receber uma cópia deste documento após ter tido a oportunidade de ler e esclarecer as suas dúvidas.

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) menor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

Data

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais/responsáveis, seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Estudo da eficácia do treinamento cognitivo processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais de Salvador: um ensaio clínico randomizado,” com objetivo de saber se um novo programa de treinamento pode mudar o comportamento de seu filho (a) fazendo que ele possa pensar com mais cuidado, fazer amigos de forma melhor e ter maior controle de impulsos. Este programa se chama Treinamento Cognitivo Processual e tem sido já feito com outras pessoas mais velhas. Queremos saber se este treinamento pode ser positivo para o seu filho (a).

Esse programa faz parte de atividades de ensino, pesquisa e extensão, no intuito de formar profissionais qualificados para este tipo de intervenção voltada para a educação. Assim, as atividades visam, além de intervir nas dificuldades dos adolescentes, auxiliar na produção de conhecimentos. As informações destes encontros serão armazenadas com cuidado e vamos rever e publicar. Os dados pessoais de seu filho não serão revelados. Todos os dados serão guardados de forma segura. Qualquer publicação que venha a ser feita não incluirá nomes ou dados que identifiquem seu filho.

A participação de seu filho (a) é voluntária, e ele não terá nenhum custo. Seu filho (a) não receberá pagamento para participar. Caso não deseje que seu filho(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este documento. Além disso, você poderá retirar seu consentimento de participar deste projeto em qualquer momento, não havendo prejuízo para seu filho (a) ou para você, caso deseje fazê-lo.

Os riscos desta pesquisa para seu filho(a) são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.

A pesquisa acontecerá em sala de aula e os encontros acontecerão uma vez por semana ao longo do primeiro ou do segundo semestres letivos e terão em média cinquenta minutos de duração. Ao todo, vão ser 18 encontros, de acordo com o sorteio, com dois encontros extras para a aplicação dos questionários necessários para a avaliação deste programa. O atendimento será conduzido por psicólogos treinados, sob supervisão do Dr. Irismar Reis de Oliveira, professor da Universidade Federal da Bahia.

Você e seu filho(a) serão convidados(as) a responder um conjunto de questionários para medir ansiedade, depressão, estresse, traumas e qualidade de vida. Caso tenha alguma dúvida, o Prof. Irismar Reis de Oliveira ou a Dra. Mônica Gonçalves Ribeiro, coordenadora de estudos, estarão à sua disposição para os esclarecimentos. Você também pode solicitar maiores informações durante os atendimentos através do telefone (71) 3241-7154, ou ainda via e-mail a [irismar.oliveira@uol.com.br](mailto:irismar.oliveira@uol.com.br).

Se houver qualquer necessidade de mais esclarecimentos sobre o estudo ou sobre a equipe que está atendendo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, endereço: Rua do Limoeiro, nº 137-Nazaré- CEP 40055-150-Salvador-Bahia - Tel (71) 3283-9275 - email:cepmco@gmail.com.

Você vai receber uma cópia deste documento que explica o projeto e seus direitos.

---

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assinatura do Responsável**

**Data**

---

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e assinatura da pessoa que realizou o processo de consentimento

Data

## APÊNDICE D

### ARTIGO

#### Changing adolescent dysfunctional core beliefs with group trial-based cognitive training (G-TBCT): Proposal of a preventative approach in schools

Irismar Reis de Oliveira,<sup>\*a,b,c</sup> Ana Cristina Matos,<sup>b</sup> Mônica Gonçalves Ribeiro,<sup>c</sup> and Michella Lopes Velasquez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry, School of Medicine, Federal University of Bahia, Salvador, Brazil; <sup>b</sup>PPgPIOS Postgraduate Program, Health Sciences Institute, Federal University of Bahia, Salvador, Brazil; <sup>c</sup>Clinical Research Center Nelson Pires, Salvador, Brazil.

**Abstract:** Group trial-based cognitive training (G-TBCT) is a spinoff of trial-based cognitive therapy (TBCT) which, in turn, is derived from standard cognitive-behavior therapy (CBT). CBT is recognized as an effective treatment of several psychiatric disorders. Core belief (CB) change seems to play an important role in this regard. However, little is known about methods and techniques specifically used to change dysfunctional CBs in children and adolescents. We present here an approach used as a preventative tool to help adolescents change their dysfunctional CBs in a ludic fashion, by asking them to role-play detectives of the mind to uncover such CBs; attorneys of the mind to help them evaluate if such CBs are true; judges of the mind to help them take distance and become metacognitively aware of the critical voices represented by internal prosecutors and sue them; and finally masters of the mind to help them make decisions that help them choose assertive and ethical behaviors. In this paper, we introduce G-TBCT in general, and, more specifically, the trial-based thought record, a method that was designed to help adolescents restructure dysfunctional core beliefs about themselves.

**Keywords:** Adolescents; School; Cognitive-behavior therapy; Trial-based cognitive therapy; Group trial-based cognitive training; Trial-based thought record

---

\*Address correspondence to this author at the Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Largo do Terreiro, Salvador, Bahia, Brazil; Tel/Fax: +55 71 32417154; E-mail: irismar.oliveira@uol.com.br

## INTRODUCTION

Recognized for its effectiveness in the treatment of diverse adult psychiatric disorders, cognitive-behavioral therapy (CBT) is a focused, active and collaborative psychotherapy approach, based on a comprehensive personality theory that emphasizes the importance of cognitive processes in mediating behaviors, emotions and physiological responses [1]. When specifically applied to children and adolescents, this flexible approach maintains most of the main elements of adult-tailored CBT, such as psychoeducation, self-monitoring, behavioral interventions and skills training, performance achievement and cognitive restructuring [2]. Besides, according to Kendall [3], CBT interventions with children and adolescents should involve the development of emotion regulation and problem solving skills, as well as specific strategies targeting different aspects of information processing, such as addressing distorted thinking. Hence, patients and therapists play an active role in devising cognitive, emotional and behavioral experiments to test the validity of their absolute and idiosyncratic assumptions.

The effectiveness of cognitive behavior therapy in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents is well supported in the literature [4, 5, 6, 7]. Over the last decades several generic treatment manuals have been developed, such as Kendall's *Coping Cat* [3], which share the focus on psycho-education, recognition of feelings and bodily sensations related to anxiety, examination of cognitions in anxiety-provoking situations, development of coping and problem solving skills and exposure to feared stimuli [3, 4]. Family and parents are often included in the treatment of anxious children and adolescents, and interventions usually focus on psychoeducation, teaching functional ways to respond to patient's behaviors and parent's own anxiety, as well as addressing the adult's beliefs regarding their child's disorder [5].

Kirschenbaum and Gierut [8] compared five recent sets of expert recommendations regarding the management of childhood and adolescent obesity, all of which supported the benefits of CBT interventions in this specific population, due to its contributions in terms of increased self-efficacy, enhanced self-regulation skills and commitment to a healthy goal. CBT interventions also have efficaciously reduced several immediate and long-term negative effects frequently related to adolescent substance use [9]. These models usually aim at teaching patients to recognize and address potentially risky situations for substance use [10], as well as modifying related cognitive processes, beliefs and individual behaviors [11].

Solid evidence equally supports the efficacy of CBT in the treatment of depression in youth [12, 13], a significant mental health problem that may have a strong impact on everyday functioning and increase the likelihood of major depressive disorder in adulthood [14]. Nevertheless, similarly to what happens to anxiety in youth [7], depression is poorly diagnosed and the vast majority of patients have no access to proper treatment [15]. The most common features of CBT models for depression in children and adolescents are the emphasis on self-monitoring, the recognition of cognitive distortions and their role in the depressed mood, along with the use of behavioral activation and the development of problem-solving and emotion regulation skills [12, 16], depending on the patient's age, cognitive development and general capabilities, in addition to the severity of disorder.

Ipser *et al.*'s review [17] on Body Dismorphic Disorder (BDD) recommend tailored CBT as the most promising treatment for this prevalent problem in adults that often has its onset early in adolescence and highly impacts individuals psychosocial functioning. However, despite the disorder's frequent onset early in adolescence and high impact on individuals psychosocial functioning, there is little research on CBT interventions for children and adolescents with BDD [18], reinforcing the need for evidence-based treatments for this age group. The same urge for future investigation can be observed regarding early-onset schizophrenia, once although this presentation is often associated to more severe disorder, negatively affecting psychological, cognitive and social functioning of children and adolescents, little is known about the efficacy of psychological treatments in this population [19, 20].

However, as far as we know, there have not been studies focused on belief change (BC) in children and adolescents. BC is a significant part of most adult CBT protocols. Persistent attributions that are negative, global, and personal regarding life events and adverse outcomes are risk factors for recurrence of most psychiatric disorders. A novel approach, the Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT) that may be more effective at changing belief systems than conventional thought records and logical disputation was developed by the first author [21]. TBCT is a three-level, three-phase, case formulation approach, whose foundation is in cognitive therapy; however, it has a unique approach to conceptualization and techniques that make it a distinct intervention in modifying patients' core beliefs [22]. One of its main techniques is the

Trial-Based Thought Record (TBTR), a structured strategy that is presented as an analogy with Law, in which the therapist engages the client in a simulation of the judicial process [23]. It is an empirically validated method of BC, with preliminary, but promising, results [24, 25, 26].

The present paper introduces G-TBCT as a new model aiming to modify adolescents' core beliefs in a school setting as a preventative universal approach, offered in classrooms.

## **BRIEF DESCRIPTION OF THE G-TBCT**

G-TBCT is an 18-session approach, introduced to 11-17 year-old adolescents in class. It is presented in four stages, namely, 1. Detective of the Mind; 2. Attorney of the Mind; 3. Judge of the Mind; and 4. Master of the Mind.

During the detective of the mind's phase (Phase 1), students are informed about the cognitive model, cognitive distortions, and the thought record we call detective of the mind's lens.

In the attorneys of the mind's phase (Phase 2), students role-play attorneys in a court trial, and evaluate and change the negative core belief (self-accusation) by means of the trial-based thought record.

In phase 3, the judge of the mind's phase, students sue the bullying prosecutor (critical internal voices), gaining awareness of metacognitive processes.

Finally, in phase 4, the master of the mind's phase, students are introduced to a decision making technique, called consensual role-play [22], with which they learn how to choose and develop assertive and ethical behaviors.

In this paper, phases 1 (detective of the mind) and 2 (attorneys of the mind) are illustrated in more detail.

## **DETECTIVE OF THE MIND: FINDING AND CHANGING DYSFUNCTIONAL AUTOMATIC THOUGHTS**

Students are informed that the detective of the mind investigates the mind, which is divided in 3 levels of thought or cognitive levels. At the first cognitive level, there are four elements: situation, thought, emotion and behavior, giving the acronym STEB. Fig. 1 shows how these elements are connected and how they influence each other. In this phase, adolescents are also informed about the main cognitive errors (thinking traps [27]), so that they are ready to use the detective of the mind's lens (Fig. 2), a simplified thought record containing the cognitive model, and designed to help them change dysfunctional automatic thoughts.

After being introduced to the downward arrow technique [28] (here called the downward ladder) by means of the volcano metaphor (Fig. 3), they learn how to uncover the accusation (hottest thought/core belief) to be taken to court and put on trial by the attorneys of the mind.

## **ATTORNEYS OF THE MIND: CORE BELIEF CHANGE**

### **Description of the Trial-Based Thought Record (TBTR) Technique**

#### ***Step 1: Investigation (Table 1, Column 1)***

The facilitator asks the student what's going through his/her mind when role-playing the imaginary adolescent in class. In this stage of TBTR, the goal is to uncover the thoughts connected to an unpleasant situation, in this case suggested by the facilitator himself and representing a common school problem. The thoughts are recorded in column 1 by the co-facilitator, role-playing the registrar. To uncover possible CBs responsible for negative thoughts and the consequent emotional state, the therapist uses the downward arrow technique [28]. The percentages indicating how much the student believes the dysfunctional CB and the corresponding emotion intensity are written down in the lower part of column 1 of Table 1, in the space where one reads "Initial." The space where one reads "Final" is to be filled in when the role-play is over, after uncovering the positive CB by means of the upward ladder [29].

The credit given by the student to the negative CB and the intensity of the corresponding emotion are recorded in the lower part of all the columns (with the exception of column 5).

**Steps 2 and 3: Prosecutor and Defense Attorney's First Pleas (Table 1, Columns 2 and 3)**

In columns 2 and 3, the student places the evidence that supports (column 2) and also the evidence that does not support (column 3) the negative CB. Column 2 expresses the prosecutor's performance, where the student states all the evidence supporting the negative CB. Column 3 brings the defense attorney's plea; here the student is actively encouraged to identify the evidence not supporting the negative CB.

**Step 4: Prosecutor's Second Plea (Table 1, Column 4)**

Column 4 is the prosecutor's reply to the defense attorney's allegation, and is devoted to the "yes, but..." thoughts that people use to disqualify or discount the evidence or fact-based thoughts expressed by the defense attorney in column 3, causing them to have less credit. The sentence-reversal technique, dealing with "yes-but..." thoughts [29], must have been exhaustively practiced in class before TBCT

**Step 5: Defense Attorney's Second Plea (Table 1, Columns 5 and 6)**

Columns 5 and 6 are the crucial aspects of this technique. In column 5 (defense attorney's response to the prosecutor), the student is guided to invert the propositions of columns 3 and 4, once again connecting them with the conjunction "but." The facilitator reads each sentence in column 4, adds the conjunction "but", and asks the student to connect it to what was said by the defense attorney in column 3, after the conjunction "but." The student is then asked to give the new meaning in column 6, which is now positive. The facilitator stimulates the student to go further by adding the conjunction "therefore", and completing its meaning.

**Step 6: Jurors' Verdict (Table 1, Column 7)**

This is the analytical part of TBTR, and has the form of a jury's deliberation. The main question to be considered is: Who made the least cognitive distortions? After the student identifies the cognitive distortions made by the prosecutor and notice that the defense attorney made no cognitive distortions, he/she acquits him or herself of the accusation.

**Step 7: Preparation for the Appeal**

Columns 6 and 7 of Table 1 allowed the student to uncover or to activate a positive core belief, made possible by the positive meaning brought by the defense attorney. Thus, the therapist used the upward arrow technique (de Oliveira, 2007; de Oliveira, 2011a), as opposed to the downward arrow technique (Burns, 1980) used in column 1. For this purpose, he asked: "Supposing that the defense attorney is right, what does this say about you?" In the example of Table 5.3, the patient brings up the new positive CB "I am normal."

Homework is assigned as a preparation for the appeal requested by the prosecutor, who lost the case, when the patient acquits him/herself of the accusation. The student is encouraged to indicate on a daily basis how much he/she finds the new positive CB to be true in percentage.

**Changing negative CBs with TBCT**

Table 1 summarizes the use of the trial-based thought record with the students, which is the eighth of eighteen meetings in the G-TBCT manual. The facilitator asks the students to participate. One of them will role-play an imaginary student having problems related to any common school problems. Six to 12 of them will role-play jurors and their role is to find cognitive errors in the pleas by the prosecutor and by the defense attorney. All the other students in class receive the thought record just to take notes.

The dialogue below is an adapted transcription of the eighth meeting of a group with which the G-TBCT manual was used.

Facilitator (F): Today I'm going to review what has been taught so far and it's very important that you pay attention to it. After that Mary is going to role-play an imaginary girl called Sarah...  
So, let's make a short review, so that you all know exactly what Mary is going to do and how

she's going to act. The first thing you've seen here, if you remember it well, was that, in order to become detectives of the mind, you're going to ask this question to find the "hot thought". And I've compared the "hot thought" to a volcano, that is, when we are hot-headed, it works as if we were erupting, just like a volcano. Consequently, we activate the detective of the mind to find the hot thought, and then take this thought to court. So, I'm going to make a demonstration, show you the example of a trial... These are the positions of the chairs in court. I'm the judge, and will be sitting in this chair. Mary, who will role-play the defendant Sarah, will sit in this other chair. Then she's going to be the prosecutor, and after that the defense attorney. Both the prosecutor and the defense attorney will speak twice, and then you're going to role-play the jury. The jury will be composed by all the people who are sitting here on my left, who will pay attention, take notes, and decide if the accusation is true or not. All right? The example I've brought to you is that of a girl who can't study. Mary, do you remember the question we ask ourselves whenever we are uncomfortable or feeling sad? You have already done this as a detective of the mind.

Mary (M): Yes. What is going through my mind now?

F: And to this person's mind came the idea: "I can't study". Do you remember the question from the last and most important investigation conducted by the detective of the mind? You'll get a compliment if you remember it! When someone says: "I can't study", and if he or she was trained to be an attorney of the mind, what question should he or she ask?

M: What does it mean to me?

F: Exactly! The response was "It means I'm very nervous." And then we ask again: "And if it is true, what does it mean to me?" The answer was: "It means I won't be able to pass." And then we can ask the last question that is a little bit different. What question is that?

M: "What does it say about me?"

F: Excellent! The answer was: "It means I'm stupid". So this is the accusation that this person, who we will call Sarah, has found. And how about the emotion? The emotion here is sadness and when we evaluated how much she believed it, we found that Sarah believed 100% that she was stupid. Consequently, her sadness was also very high, 100%. So, I'd like you to role-play this imaginary person, Sarah, right?

M: Right.

F: So now I'll call you Sarah.

M: Okay.

F: And now I'd like to invite 5 of you to be jurors with Mary and sit in the jurors' chairs. [Five students present to be jurors] Mary is going to role-play a girl called Sarah, and later she will join you as jury member.

### **Step 1 – inquiry (Table 1, column 1)**

F: So, Sarah, you told me about your difficulties. Can you tell me a bit more about your problem?

M: Yes. My problem is that I can't study.

F: You can't study. If we consider this is true, what does it mean to you?

M: It means that I'm a very nervous girl. I have no patience for Math.

F: And if we consider that this is true, that you're very nervous and that you have no patience for Math, what does it mean about you?

M: I think I'm stupid.

F: You think you're stupid. Sarah, tell me one thing, how much do you believe in this idea "I'm stupid"?

M: Oh, 100%.

F: 100%. When you believe 100% that you're stupid, Sarah, how do you feel?

M: Sad.

F: Sad. And how sad are you now from 0 to 100%?

M: 100%.

### **Step 2 – prosecutor's first plea (Table 1, column 2)**

F: Well, Mary, we've just role-played the detectives of the mind to find out what we call the "hot thought", which is the accusation that will be taken to court. And in this court I am the judge and I'm very rigid and will silence you all by saying: "Order in Court." In this court, speaking



is prohibited, unless I ask you a question and allow you to speak. I'll call a registrar who's going to write down everything we say. [Invites the co-facilitator to write in the blackboard]. The jurors will copy what the registrar writes down. [Turning to Mary] The first thing you're going to do now, Sarah, is to move to that chair, as the defendant. As in this moment you're being accused of being "stupid", I'll ask you again how much do you believe you're stupid?"

M: 100%

F: 100%. And you've said you felt sad. What size is your sadness now?

M: 100%

F: You're 100% sad. Okay, Sarah, now I'd like you to look at this chair here. Sitting on this chair is the person who is going to accuse you and bring all the evidence to prove that you're in fact "stupid". Can you see this person sitting here? Can you describe this person to me?

M: She is looking at me with an ugly face, disgusted, as if I were nothing.

M: Right. Can you please stand up? Now, Sarah, you're this person. [Mary sits in the prosecutor's chair] You're the prosecuting attorney, and now you see Sarah sitting on the defendant's chair and you're accusing her of being "stupid". What evidence do you have that proves Sarah is stupid?

M: She doesn't work hard in Math, and she's nervous, and she doesn't have patience. Also, she stresses out everybody in class.

F: Okay, if we could summarize that, she doesn't work hard in Math and doesn't have patience. What other evidence do you have that Sarah is stupid?

M: She keeps yelling at her colleagues in class.

F: She keeps yelling at her colleagues in class. Do you have any other evidence?

M: She keeps asking others to tell her the answers to the exercises.

F: So, she keeps asking others to tell her the answers to the exercises. Would you please sit back there? [Mary sits on the defendant's chair] And now you're Sarah. Okay, Sarah have a look at what the prosecutor has just said about you... She said you don't work hard in Math, that you don't have patience, that you keep yelling at your colleagues in class and, lastly, she said you're stupid because you keep asking others to tell you the answers to the exercises. Right? When you listen to these things, Sarah, how much do you believe you're stupid?

M: 100%

F: And what happens to your sadness?

M: Also 100%.

### **Step 3 – defense attorney's first plea (Table 1, column 3)**

F: Now, Sarah, I'd like you to have a look at this other chair and describe the person who's sitting here. This is the person who's going to defend you from this accusation.

M: She tries to enhance my self-esteem, she keeps telling me that I'm intelligent.

F: In fact, it seems that she's looking at you in an understanding way, doesn't she?

M: Yes.

F: Right. Could you please come and sit here? Now you're not Sarah anymore. You're the defense attorney, and as a defense attorney you're going to defend Sarah from the accusation of being "stupid". So, what are your pieces of evidence to prove that she doesn't deserve this accusation?

M: She is dedicated and she tries to do the best she can.

F: She is dedicated to what?

M: She works hard to understand the subject.

F: You were also saying that...

F: She also talks to the teacher about the things she doesn't understand. And she tries to do things, but she can't do them.

F: Mrs. Defense Attorney, I'd like to remind you that you're here to defend Sarah, so you don't need to say things that may be used against her, right? It's enough to say the elements to defend her. Would you like to rephrase what you've just said about Sarah?

M: She asks questions.

F: She asks questions about what?

M: About the contents.

F: She asks questions about the contents. Do you have any other evidence that proves Sarah doesn't deserve this accusation?

M: Yes, she reads and re-reads the contents.

F: She reads and re-reads the contents. Okay. Now would you please go back to that chair?

M: Yes.

F: So, Sarah, you've just listened to your defense attorney say that you don't deserve the accusation of being stupid. She said that you work hard to understand the subject. She also said that you ask questions about the contents and that you read and re-read the such contents. When you listen to all these statements from the defense attorney, how much do you believe you're stupid?

M: 80%.

F: 80%. It's still a bit high, isn't it? And your sadness?

M: 80%.

F: 80% as well.

#### **Step 4 – prosecutor's second plea (Table 1, column 4)**

F: I'd like you to come and sit here once again, because you're going to be the prosecutor again. [Mary sits on the prosecutor's chair] Okay, you're here to prosecute Sarah, and the defense attorney has just said that Sarah works hard to understand the subject, BUT...

M: She doesn't understand it. We explain things to her, but she doesn't understand what we say.

F: She doesn't understand what we say, right?

M: Yes.

F: The defense attorney said that she asks questions about the contents, BUT...

M: She doesn't absorb anything we teach her.

F: So, she doesn't absorb anything we teach her. And the defense attorney said that she reads and re-reads the contents BUT...

M: Once again, she doesn't understand them.

F: Would you go back to your seat, please? [Mary goes to the defendant's chair] So, Sarah, the Prosecutor insists that you're stupid. And she insists by saying that you don't understand what people say, that you don't absorb what people teach you and that you don't understand the contents. When you listen to these arguments from the prosecutor, how much do you believe you're stupid?

M: 95%.

F: And your sadness?

M: 95% as well.

#### **Step 5 – defense attorney's second plea (Table 1, columns 5 and 6)**

F: Okay. Now, Sarah, would you please come back and sit here, once again as the defense attorney? [Waits for her to sit in the defense attorney's chair] Now you're going to defend Sarah, and the prosecutor has just said that "Sarah doesn't understand what people say", BUT...

M: ...she works hard to understand the subject.

F: And if she works hard to understand the subject, what does it mean about Sarah?

M: It means that she's capable.

F: She's capable, therefore...

M: She's not stupid.

F: The prosecutor's said that she doesn't absorb what people teach, BUT...

M: ...she asks questions about the contents.

F: And what does it mean about Sarah?

M: It means that she's a hard-working person.

F: She's a hard working person, therefore...

M: She's capable of learning.

F: And the prosecutor's said that Sarah doesn't understand the contents, BUT...

M: ...she reads and re-reads the contents.

F: She reads and re-reads the contents. And what does it mean about her?

M: She tries to do the best she can.

F: She tries to do the best she can, therefore...

M: ...she may be intelligent.

- F: Okay... Would you go back to the defendant's chair, please? [Waits for her to change chairs]  
All right, Sarah, you've just listened to what the defense attorney said about you in the attempt to defend you from the accusation of being stupid. She said that you work hard to understand the subject and this means you're capable. Therefore, you're not stupid. The defense attorney also said that you ask questions about the subject, meaning that you're a hard-working person, therefore, capable of learning. And finally, the defense attorney also said that you read and re-read the contents, meaning that you try to do the best you can. Therefore, you may be intelligent. When you listen to these things, how much do you believe you're stupid?
- M: 45%
- F: And what happens to your sadness?
- M: 40%.
- F: It goes to 40%.

### Step 6 – jury's verdict (Table 1, column 7)

- F: So, Sarah, dear audience, we're now closing this part of the trial. We now call the jury to decide whether Sarah deserves the accusation of being stupid or not. I'd like to remind you all that Sarah is outside, waiting for the verdict. We are locked in this room. Here is the jury's document [Hands the cognitive distortions list to the jurors]. We now want to find out if the prosecutor and the defense attorney have distorted the facts. Consequently, we're going to read what was said by both the prosecutor and by the defense attorney...
- Caroline (C): I don't need this paper... I know all the cognitive distortions.
- F: That's great! You've been prepared for that during the detective of the mind's training. So, let's start. You have no names here. You are jurors number 1 [Mary], 2 [Caroline (C)], 3 [Paul (P)], 4 [Nick (N)], 5 [Kathleen (K)], and 6 [John (J)]. The prosecutor said that Sarah doesn't work hard in Math. Is it true or a distortion? What do you think, juror number 1?
- M: I think it is discounting positives.
- C: I think it's discounting positives too.
- F: Okay, discounting positives according to jurors number 1 and 2. Besides being discounting positives, can it also be any other distortion?
- C: Yes. The prosecutor said that to prove that Sarah is stupid. So, it is also labeling.
- F: What do the other jurors think? Juror number 3?
- P: Discounting positives.
- F: What do you think, juror number 4?
- N: Discounting positives.
- F: And you, juror number 5?
- K: I think it's labeling.
- F: And you, juror number 6?
- J: I agree with juror number 5: labeling.
- F: So let's write down the two cognitive distortions here. The prosecutor also said that Sarah doesn't have patience. What do we have here? Is this a cognitive distortion or not? Can we say someone who doesn't have patience is stupid? What do you think, juror number 1?
- M: No. It seems to be overgeneralization.
- F: What else do we have here?
- C: Discounting positives.
- F: What do the other jurors think?
- P: Overgeneralization.
- N: Overgeneralization.
- K: Overgeneralization.
- J: Overgeneralization.
- F: Overgeneralization for most of the jurors, right? It was told by the prosecutor that she keeps yelling at her colleagues in class.
- N: It's true.
- F: Juror number 4 says it's true. But, even if it's true, does it mean that she's stupid?
- N: No. It's labeling.
- F: Labeling. Do you all agree with that? What else can it be?
- P: Discounting positives.
- F: Okay, let's write both labeling and discounting positives.

F: The prosecutor said that she keeps asking others to tell her the answers to the exercises.  
What do you, jurors, think?

M: Also discounting positives.

F: Do you all agree with that?

Other jurors: Yes.

F: Okay, so let's take a look at what the defense attorney said. She said Sarah works hard to understand the subject. What do you think?

M: It's true.

N: True.

P: True.

K: True.

F: Right. She also said that she asks questions about the contents and that she reads and re-reads the contents.

Jurors: True.

F: The prosecutor came back and said that she doesn't understand what people say. What do you think?

K: All-or-nothing

F: I agree... What do you think, juror number 1?

M: Agree.

F: And the other jurors?

Other jurors: Agree.

F: The prosecutor also said that she doesn't absorb what people teach.

N: All-or-nothing.

F: Do you all agree with that?

P: I think it might be discounting positives too.

F: Okay, do you all agree with that?

Other jurors: Yes.

F: On the other hand, the defense attorney's said that she works hard to understand the subject and this means she's capable. What do you think?

M: It's true.

F: Does everybody think it's true?

Other jurors: Yes.

F: The defense attorney also said that she asks questions about the subject, meaning that she's a hard-working person and, therefore, capable of learning. What's your opinion?

Jurors: True

F: And finally, the defense attorney said that she reads and re-reads the contents, meaning that this means she tries to do the best she can. Therefore, she may be intelligent. What do you think?

Jurors: True.

F: Okay. So, let's have a look at the results of our evaluation. What can you see here, in the prosecutor's column?

M: Cognitive distortions.

F: All kinds of cognitive distortions, right?

Jurors: Yes.

F: And when we look at the defense column? We see only the truth. Now it's up to you to decide on the verdict. Juror number 1?

M: Not guilty.

F: Juror number 2?

C: Not guilty.

F: Juror number 3?

P: Not guilty.

F: Juror number 4?

N: Not guilty.

F: Juror number 5?

K: Not guilty.

F: Jury number 6?

J: Not guilty.

- F: Consequently, we've finished our work here and we're now presenting the verdict to the judge in court.
- F: Juror number 1, would you please stand here and be the foreman? I'll go back to the judge's chair. [Sits on the judge's chair] Now I'm the judge again. Mrs. foreman, have the jurors reached a verdict about the accusation against the defendant?
- M: Yes, Your Honor, we think Sarah is not guilty.
- F: Thank you very much. Sarah, you were accused of being stupid. Now, you've just heard the jurors' verdict, and they've absolved you of this accusation. When you listen to that, how much do you believe that you're stupid?
- M: Zero.
- F: 0%. And what happens to your sadness?
- M: Zero.

### **Step 7 – facilitator uncovers student's positive core belief**

- F: Okay, Sarah, this accusation is not true. You can consider yourself absolved of this accusation. And if it is not true, if you're not stupid, what does it mean about you? What does it mean about you, considering that the defense attorney is right?
- M: That I'm innocent.
- F: Right. Now, let's leave the court and talk a little about the trial. What do you think of this trial?
- M: I think it was good and bad at the same time. I heard the prosecutor talking about things that I did, but not because I wanted to. I really didn't have patience.
- F: So, what I've just heard you say, Sarah, is that the Prosecutor was not fair to you.
- M: That's right, she was not fair.
- F: And has falsely accused you.
- M: Yes, she didn't have patience with me either.
- F: And this is why it was good and bad at the same time. What was good about it?
- M: It was good to hear that I was responsible, that I tried to work hard but sometimes it was difficult.
- F: And if the defense attorney is right, what does it say about you?
- M: That I'm innocent.
- F: Right, and if you're innocent, what does it mean about you?
- M: It means that I am an intelligent, capable person.
- F: That you're intelligent and capable, and everyday you have new pieces of evidence that proves you that... Isn't that true?
- M: Yes, it is.
- F: And from now on, are you going to pay attention to what the prosecutor has to say or to what the defense attorney has to say to you?
- M: The defense attorney.
- F: We are all going to pay attention to our own defenses as well. All right? Thank you very much for your participation, this play is over. Now, let's all discuss what has happened here.

### **JUDGE OF THE MIND: METACOGNITIVE AWARENESS**

After several class meetings during which CBs are put on trial, the facilitator proposes that adolescents sue the prosecutor. This is the judge of the mind phase, in which adolescents role-play a trial where the prosecutor is charged with the accusations of incompetence (never won a case), abuse (makes false accusations) and harassment (accuses anywhere at any time). Adolescents are introduced to the concept of metacognition and how the bullying internal voice of a disordered prosecutor sometimes paralyzes them. This process is illustrated in the following link: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/77823168/TBCT4Teens%20Trial%20II.mp4>.

### **MASTER OF THE MIND: MAKING DECISIONS TOWARDS ETHICAL AND ASSERTIVE BEHAVIORS**

The final stage of G-TBCT (not shown here, but available under request) is dedicated to prepare the student to make decisions. A technique called consensual role-play [22] is introduced to students after they receive information on assertive and ethical behaviors.

## DISCUSSION AND CONCLUSION

Given the limited access offered to children and adolescents to proper diagnosis and appropriate treatment options in terms of mental health and the harmful consequences of such deficiencies in adult life, classroom-based prevention programs can be easily seen as a logical solution. However, despite the advantage of reaching a large number of individuals at once, researchers have also faced many context-related challenges, such as engaging teachers and students, finding a room in their busy schedules, and dealing with diversity and psychosocial difficulties [31, 32].

Recent systematic reviews of classroom-based programs [32, 33, 34, 35] aiming at depression and anxiety in youth observed modest evidence in favor of prevention and early intervention programs in schools, regardless of numerous methodological limitations, heterogeneous results, limited follow-up and lack of control groups. Some studies suggested that the initial benefits of prevention programs are not sustained over time [32,36, 37], while others recommend careful consideration and further investigation prior to widespread implementation of such intervention programs [15, 31, 33, 37, 38, 40].

In this scenario, further research on the effectiveness of G-TBCT as an alternative preventative universal approach, with the aim to modify adolescents' core beliefs in school settings, seems promising.

## CONFLICT OF INTEREST

The authors do not declare any conflicts of interest. TBCT and G-TBCT were developed by the first author.

## ACKNOWLEDGEMENTS

Thanks are due to Noah Clyman and Jeremy Rogacki who read the original version of this manuscript and gave important suggestions.

## REFERENCES

- [1] Beck A T, Rush A J, Shaw B F, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979.
- [2] Friedberg R D, Brelsford G M. Core principles in cognitive therapy with youth. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2011; 20(4):369-378.
- [3] Kendall P C. Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62(1):100-110.
- [4] Creswell C, Waite P, Cooper P J. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2014; 99(7):674-678.
- [5] James et al (2013)
- [6] Mohr C, Schneider S. Anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2013; 22(Suppl 1):S17-S22.
- [7] Pine D S, Helfinstein S M, Bar-Haim Y, Nelson E, Fox N A. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 2009; 34(1):213-28.
- [8] Kirschenbaum D S, Gierut K. Treatment of childhood and adolescent obesity: An integrative review of recent recommendations from five expert groups. *J Consult Clin Psychol*, 2013; 81(2):347-360.
- [9] Wagner E F, Hospital M M, Graziano J N, Morris S L, Gil A J. A randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 2014; 82(6):1128-1139.
- [10] Deas D. Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*,

2008; 121(Suppl. 4):S348–S354.

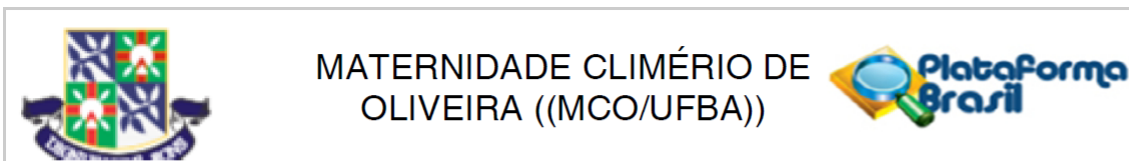
- [11] Becker S J, Curry JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *J Consult Clini Psychol*. 2008; 76(4):531-543.
- [12] Maalouf F T, Brent D A. Child and adolescent depression intervention overview: What works, for whom and how well? *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 2012; 21(2):299-312.
- [13] Weisz J R, McCarty C A, Valeri S M. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 2006; 132(1):132-149.
- [14] Stallard P, Montgomery A A, Araya R, *et al*. Protocol for a randomised controlled trial of a school based cognitive behaviour therapy (CBT) intervention to prevent depression in high risk adolescents (PROMISE). *Trials*, 2010; 11:114.
- [15] Stallard P, Sayal K, Phillips R, *et al*. Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2012; 345:e6058.
- [16] Friedberg R D, McClure J M. *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents*. New York: Guilford Press, 2001.
- [17] Ipser J, Sander C, Stein D. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; Jan 21(1):CD005332.
- [18] Phillips K A, Rogers J. Cognitive-behavioral therapy for youth with body dysmorphic disorder: Current status and future directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2011; 20(2):287-304.
- [19] Stafford M R, Mayo-Wilson E, Loucas C E, *et al*. Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 2015; 10(2):e0117166.
- [20] Mattai A K, Hill J L, Lenroot R K (2010) Treatment of early-onset schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 23(4):304-310.
- [21] de Oliveira I R. *Trial-based cognitive therapy: A manual for clinicians*. New York: Routledge, 2015.
- [22] de Oliveira I R. Trial-based cognitive therapy (TBCT): A new cognitive-behavior therapy approach. In: De-Oliveira IR, Schwartz T, Stahl SM (eds): *Integrating psychotherapy and psychopharmacology: A handbook for clinicians*. New York: Routledge, 2014.
- [23] de Oliveira I R. Trial-based thought record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008; 30(1):12-18.
- [24] de Oliveira I R, Powell V B, Caldas M, *et al*. Efficacy of the trial-based thought record (TBTR), a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia: A randomized controlled study. *J Clin Pharm Ther*, 2012; 37(3):328-334.
- [25] de Oliveira I R, Hemmany C, Velasquez M, *et al*. Efficacy of the trial-based thought record (TBTR) as a strategy to change core beliefs, expressed as self-criticism: A transdiagnostic observation of TBTR's first use by newly trained versus experienced therapists. *CNS Spectrums*, 2012; 17(1):16-23.
- [26] Powell V B, de Oliveira O H, Seixas C, *et al*. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Rev Bras*

Psiquiatr, 2013; 35(3):243-247.

- [27] Creed T A, Reisweber J, Beck A T. Cognitive therapy for adolescents in school settings. New York: Guilford, 2011.
- [28] Burns D D. Feeling good: The new mood therapy. New York: Signet, 1980.
- [29] de Oliveira I R. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with “yes, but...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *Eur Rev Appl Psychol*, 2007; 57:17-22.
- [30] Freeman A, DeWolf R. The 10 dumbest mistakes smart people make and how to avoid them. New York: HarperPerennial, 1992.
- [31] Stallard P, Phillips R, Montgomery A A, *et al*. A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technol Assess*, 2013; 17(47).
- [32] Sawyer M G, Harchak T F, Spence S H, *et al*. School-based prevention of depression: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyond blue schools research initiative. *J Adolesc Health* 2010; 47:297–304.
- [33] Neil A L, Christensen H. Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review. *MJA*; 186: 6, 2007.
- [34] Calear A L, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc*; 2010; 33():429–438.
- [35] Merry S N, Hetrick S E, Cox G R, Brudevold-Iversen T, Bir J J, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD003380.
- [36] Merry 2004
- [37] Spence S H, Shortt A L. Research review: can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *J Child Psychol Psychiatry*, 2007; 48():526–42.
- [38] Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Review*, 2009; 29():208–215.
- [39] Spence S H, Sheffield J K, Donovan C L. Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 2005; 73():160–167.
- [40] Roberts C M, Kane R, Bishop B, Cross D, Fenton J, Hart B. The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behav Res Ther*, 2010; 48():68–73.



## APÊNDICE E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

**Pesquisador:** Irismar Reis de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42264315.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 966.202

**Data da Relatoria:** 27/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Transtornos de ansiedade (TA) e depressão são comuns entre crianças e adolescentes e os primeiros estão entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica. Por outro lado, até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo, atrás somente de doenças coronarianas isquêmicas. Classicamente o tratamento dos TA e da depressão pode ser realizado com psicoterapias e medicações. Dentre as psicoterapias, a terapia-cognitivo comportamental (TCC) é a modalidade com mais evidências que demonstram sua eficácia quando comparada a lista de espera e controle atencional nos TA de crianças e adolescentes. Estes autores estimam que aproximadamente 3 pacientes devem ser tratados com TCC para que 1 obtenha remissão nos TA. Estima-se que até 10% da população possa apresentar algum TA durante a infância ou adolescência. A identificação e o tratamento precoces podem evitar repercussões na vida da criança e do adolescente, tais como faltas constantes à escola e a conseqüente evasão escolar, utilização excessiva de atendimentos médicos por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta. Além da TCC, nos últimos 5 anos, uma modalidade derivada desta, a terapia cognitiva processual (TCP), vem sendo usada nos TA e depressão em adultos e mostrou-se eficaz em estudos clínicos. Embora os

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

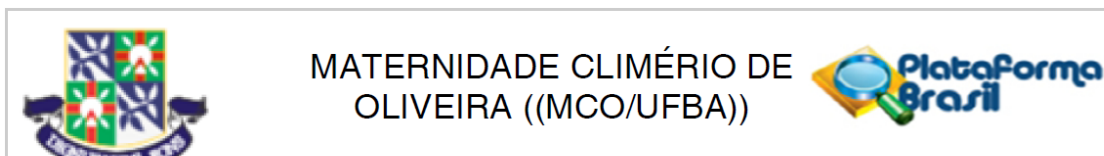
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

resultados sejam promissores nos adultos, ainda não foi testada em adolescentes, sobretudo em programas de prevenção ou promoção de saúde.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por clusters cruzado envolvendo 200 crianças com intervenção e 200 sem intervenção e vice-versa na segunda fase. Será realizado na rede municipal de Salvador (2 escolas, carta de anuência anexadas), tendo como participantes escolares de 11 a 17 anos. Os dados serão coletados utilizando-se questionários padronizados e utilizados em estudos anteriores com instrumentos capazes de avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como TDAH e qualidade de vida. Ambos os grupos serão avaliados semestralmente após a conclusão do treinamento por mais dois anos. Os treinamentos consistem em 18 encontros nas escolas com a turma em que haverá práticas de exercício e ensino de como processa pensamentos ações e julgamentos.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **GERAL:**

Avaliar a eficácia do TCP-G na prevenção de TA e depressão medidos pelos escores da SCARED-C CDI em adolescentes em escolas públicas municipais de Salvador, tendo os escores destas escalas como desfechos primários.

##### **Secundário**

Avaliar qualidade de vida, sintomas de TDAH, autoestima, grau de sociabilidade, redução de bullying e performance escolar (notas) na população.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **RISCOS:**

“Os riscos são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.”

##### **BENEFÍCIOS:**

Auxiliar adolescentes em atividades como pensar cuidadosamente, fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole sobre seus comportamentos impulsivos.

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

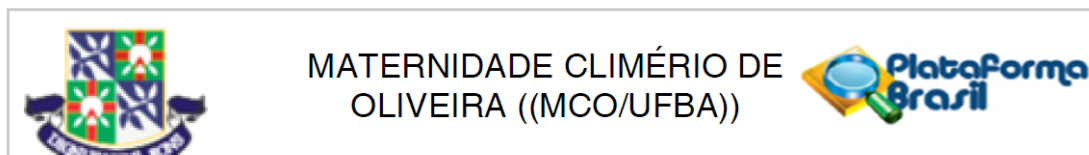
**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ensaio clínico randomizado cruzado envolvendo 400 participantes escolares de 11-17 anos que receberão treinamento cognitivo-processual em 2 escolas de Salvador. O estudo tem uma possibilidade relevante de trazer uma contribuição para o enfrentamento da epidemia de depressão entre os nossos jovens e adolescentes consequentemente fazendo adultos e uma sociedade mais saudável. Não há óbices éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: dirigido aos pais ou responsáveis dos escolares. Contém os elementos da RES466/12, em forma de convite, contém liberdade, privacidade e sigilo, objetivos e justificativa, oferece as duas cópias.

TERMO DE ASSENTIMENTO: adequado para a população, contendo os elementos da RES466/12.

ORÇAMENTO: R\$ 4260. Próprio dos investigadores; SEM a contrapartida anotada. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Cartas de anuência das instituições que vai ser realizado o treinamento: anexadas, ADEQUADAS.

**Recomendações:**

- APESAR DE NÃO HAVER RELATOS DE EVENTOS ADVERSOS À TERAPIA COGNITIVO PROCESSUAL, COMO SE TRATA DE UM ESTUDO DE FASE IIB, BUSCANDO NOVAS POPULAÇÕES, É IMPORTANTE QUE O INVESTIGADOR E SUA EQUIPE DECLAREM QUE QUALQUER EVENTO TERÁ TRATAMENTO PRONTO E GRATUITO POR PARTE DA EQUIPE DE PESQUISA.

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

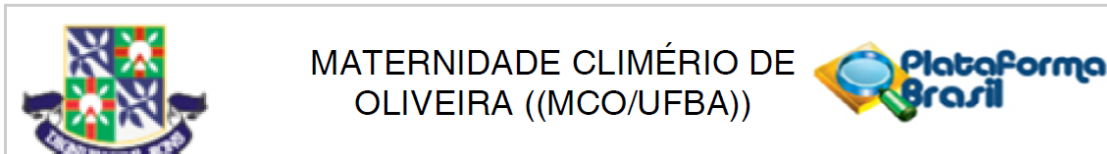
**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

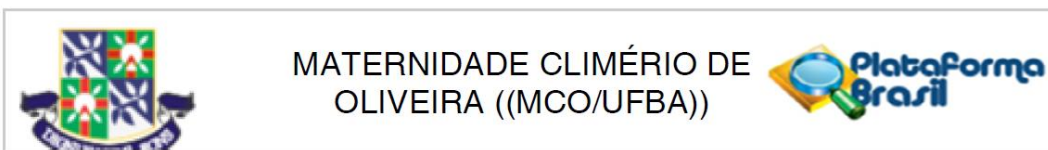
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 966.202

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

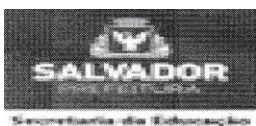
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br

## APÊNDICE F



**ESCOLA MUNICIPAL VISCONDE DE CAIRU**

Endereço: Rua Frederico Costa, n. 73, Brotas.

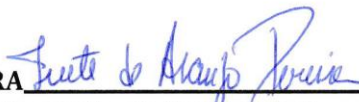
Telefone: (71) 3389-3404 | E-mail: [escolaviscondedecairu@outlook.com](mailto:escolaviscondedecairu@outlook.com)

### Carta de Anuência

#### DECLARAÇÃO

Eu, **IVETE DE ARAÚJO PEREIRA**, na qualidade de responsável pelo(a) **ESCOLA MUNICIPAL VISCONDE DE CAIRU**, autorizo a realização da pesquisa intitulada **ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR**, a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **IRISMAR REIS DE OLIVEIRA**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 25 de fevereiro de 2015.

ASSINATURA   
 (carimbo da Instituição)

*Ivete de Araújo Pereira*  
 Diretora / Mat. 871.495  
 Port. 216/13 D.O.M. 13-15/04/13  
 Aut. 0162/13



## ANEXO A

### Classificação dos Subtipos de Maus-tratos

Classificação dos subtipos de estresse precoce de acordo com sua gravidade

<b>SUBTIPOS</b>	<b>Não a mínimo</b>	<b>Leve a moderado</b>	<b>Moderado a severo</b>	<b>Severo a extremo</b>
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	$\geq 16$
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	$\geq 13$
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	$\geq 13$
Negligência Física	5-9	10-14	15-17	$\geq 18$
Negligência Emocional	5-7	8-9	10-12	$\geq 13$

Fonte: Traduzido e adaptado de Bernstein et al. (2003 )