

## DEPRESSÃO INFANTIL: Intervenções Através da Terapia Cognitivo-Comportamental

**Erica Regina Leite**

Graduanda em Psicologia,  
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Anatiele Paula de Souza**

Psicóloga – FEPI; Esp. em Psicopedagogia Clínica e Institucional – UCAM;  
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Fabiana Ferrari**

Graduada em Psicologia  
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

### Resumo

O presente trabalho propõe analisar e compreender a psicopatologia da depressão em crianças, além de levantar os resultados positivos da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo terapêutico da doença, através das técnicas propostas pela abordagem. Os instrumentos para a realização deste artigo referem-se a uma pesquisa bibliográfica considerando os últimos anos aonde casos de depressão vêm aumentando de forma contínua em todas as idades e classificada como patologia do humor, a depressão infantil, pode estar associada a fatores biológicos, ambientais, individuais e sociais. É um transtorno capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir em seu processo de maturidade psicológica e social. Considerando este cenário, as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental se mostram eficazes, devido ao fato de ser uma abordagem que lida no foco do problema, propõe não apenas ajudar o paciente a suportar suas dificuldades presentes, auxilia na criação de estratégias de enfrentamento para os problemas atuais e futuros. Considerando o papel da psicoterapia no tratamento a intervenção psicológica através da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental vem ganhando destaque à medida que se utiliza do modelo cognitivo como: as técnicas de psicoeducação e atividades lúdicas para promover a reestruturação cognitiva, assim às crianças entendem sobre sua patologia, além de desenvolverem novas maneiras de interação consigo e com o mundo, passando a interpretar as situações de modo natural e propondo sua capacidade autonomia para o enfrentamento evitando assim o impacto na vida da criança sem comprometer o seu desenvolvimento nos aspectos físicos, emocionais, sociais e cognitivos.

**PALAVRAS-CHAVE:** depressão infantil; terapia cognitivo-comportamental; técnicas da terapia cognitivo-comportamental.

### 1 INTRODUÇÃO

O tema depressão infantil deve ser trabalhado com seriedade e demanda estudos para compreensão aprofundada do assunto, permitindo a elaboração de estratégias que minimizem os efeitos do transtorno evitando comprometimento no processo de desenvolvimento da criança. Por fim, justifica a realização da pesquisa pelo fato do desconhecimento da sociedade em relação à depressão infantil ou até mesmo confundi-la com outros transtornos. A procura por ajuda profissional para

crianças ainda é mínima e a maioria dos pais só procuram ajuda quando os sintomas já estão causando um sofrimento real na criança.

## 2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é analisar como a terapia cognitiva-comportamental intervém na depressão infantil.

## 3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente projeto propõe dados quantitativos para analisar e compreender os resultados positivos da Terapia Cognitivo-Comportamental na depressão infantil, através das técnicas propostas pela abordagem. Os instrumentos para a realização deste projeto referem-se a uma pesquisa bibliográfica através de livros e artigos científicos na biblioteca virtual, utilizando suporte de dados eletrônico *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, serão embasadas em documentações indiretas onde compreenderá o período nos anos de 2000 a 2018. Serão utilizados os descritores: depressão infantil; Terapia Cognitivo-Comportamental; manejo da depressão; eficácia da Terapia Cognitivo- Comportamental.

## 4 A DEPRESSÃO E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (OMS apud HUTTEL et al., 2011), a depressão é hoje é apresentada como o grande mal do século, é um transtorno mental constante. No mundo todo, considera que mais de 300 milhões de pessoas, em todas as faixas etárias, sofram com esse transtorno, sendo assim em 2020 será considerada o segundo adoecimento que mais roubará tempo de vida útil de toda a população. Os primeiros registros clínicos foram através de Hipócrates, seguido de muitos estudiosos como Arateus, Galeno, Pinel, Griesinger, Falret e Beillarger e Kraepelin, conseguiram relatar os sintomas da melancolia e da depressão.

A utilização do termo depressão se deu por estar relacionada à melancolia, com origem do vocabulário grego *deprimere* (baixar) e *primere* (pressionar), significando “pressão baixa”, termo recente que foi introduzido a partir do século XVIII

em um debate médico sobre melancolia (HUTTEL et al., 2011).

No século XVIII, a depressão havia sido identificada tanto em crianças como em adolescentes. Porém na década de 1960, a depressão na infância não era entendida como alteração, assim na década de 70 aumentou a curiosidade e o interesse em pesquisas e investigações, no meio acadêmico onde ocorreu uma dimensão maior sobre o tema (HUTTEL et al., 2011).

A depressão é considerada um transtorno psiquiátrico e quando não tratado devidamente, pode se tornar algo grave comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. No caso das crianças, algumas consequências são consideradas como o comprometimento social, familiar e escolar. O suporte psicológico e até mesmo medicamentoso, quando necessário evita ou minimiza que estes prejuízos caminhem com a pessoa nas demais fases do desenvolvimento (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Os profissionais da área da saúde precisam compreender que este transtorno do humor pode ser sinalizado desde a infância até a velhice, quebrando o paradigma de que crianças não apresentam depressão. Por muito tempo acreditou-se que a doença acometia somente adultos, mas atualmente pesquisas revelam que crianças e adolescentes também são afetados e sofrem sem compreender exatamente o que estão vivenciando (MIRANDA et al., 2013).

O importante é evidenciar que a demonstração do quadro clínico do transtorno é variável entre as pessoas, não possuindo uma forma única de manifestação, bem como nem toda tristeza caracteriza-se por depressão. Além disto, pode estar associada a outras comorbidades, bem como diferentes gravidades e envolver diversos fatores. Além disto, a manifestação da patologia ocorre de modo diferente em cada faixa etária, devido ao desenvolvimento e processamento psíquico, cognitivo, social, dentre outros aspectos, porém, a sintomatologia é parecida, incluindo tristeza por vezes profunda e duradoura, mudanças comportamentais e alterações de desempenho, isolamento, cansaço excessivo, desânimo (MIRANDA et al., 2013).

Perpassando sobre as possíveis causas da depressão infantil, podemos destacar fatores fisiológicos, ambientais, perdas, traumas, violências. Compreender a criança em suas complexidades é fundamental para sanar as fontes de sofrimento (MIRANDA et al., 2013).

A depressão, sem dúvida, integra fatores sócio-familiares, psicológicos e biológicos, onde as diferentes teorias não se excluem, mas se completam, contribuindo não somente para uma maior compreensão da natureza

multicausal deste transtorno, mas também para a concepção do sujeito em sua totalidade bio-psico-social (MIRANDA et al., 2013, p. 4).

É significativo entender que algumas patologias, e ou por diversas situações podem levar a criança ao desenvolvimento da depressão, podemos citar as enfermidades crônicas dos cuidadores ou da criança, cirurgias, instabilidade ou alienação familiar. Outras condições são perdas significativas e abusos de caráter físico, emocional ou de caráter sexual. É preciso informação e capacidade técnica para diagnosticar a presença da patologia, bem como compreender que cada indivíduo processa suas vivências de modo peculiar, então, não é possível afirmar que uma criança que vivencie algumas destas situações irá desenvolver doença. Sobre as diversas formas de violência praticadas contra crianças, é preciso compreender que podem marcar de modo extremamente negativo sua formação (MIRANDA et al., 2013).

As crianças que são agredidas fisicamente são levadas por seus pais a um aprendizado de desesperança, facilmente se isolam, evitam contato no meio social, apresentam autoestima reduzida e não conseguem ter prazer em atividades que normalmente lhes causariam prazer, enquanto que crianças que sofrem agressão sexual geralmente se sentem culpadas, envergonhadas, demonstram ansiedade e têm uma propensão a se tornarem agressivas; estes sintomas ocorrem em concomitância com sintomas depressivos (MIRANDA et al., 2013, p. 4).

De acordo com a psicopatologia, as síndromes depressivas possuem em comum o humor triste e o desânimo. Podemos atentar também em sintomas afetivos como: tristeza, choro fácil, apatia, aborrecimento, irritabilidade, angústia e desesperança. Algumas alterações cognitivas: dificuldade de atenção, memória e em tomar decisões. As alterações da autoavaliação: sentimento de autoestima diminuída, incapacidade e desvalor (DALGALARRONDO, 2008).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os transtornos depressivos, são classificados por variadas nomenclaturas, porém o que se observa em comum na descrição de cada classificação é a presença de humor triste e irritável ou um vazio incontrolável, que acompanha alterações somáticas (doença física) e cognitivas (processo mental de conhecimento) que afetam o desenvolvimento do indivíduo. Orientação para o profissional é estar atento aos aspectos de duração e as causas, referente às questões diagnósticas voltadas para as crianças é preciso um cuidadoso estudo diagnóstico referente ao transtorno

desruptivo da regulação do humor, assim a apresentação de irritabilidade e descontrole comportamental com frequência, é acrescentado aos transtornos depressivos para crianças até doze anos de idade (APA, 2014).

Uma questão preocupante é que a doença pode passar despercebida pela família, pois alguns sintomas evidenciados pela criança como o humor depressivo ou irritável, por vezes é taxado como birra, “frescura” ou até mesmo o rótulo de criança difícil. Na maioria das vezes esse comportamento é criticado ou punido, sendo assim a criança se isola e evitando contato (CURATOLO; BRASIL, 2005).

A criança pode demonstrar ainda a perda de interesse ou prazer por atividades que gostava anteriormente ou interesse excessivo por atividades que realize sozinha como jogos tecnológicos, além de baixa autoestima, sentindo-se inferior ou incapaz, este sentimento pode ser verbalizado pela criança através de falas como: “Eu não sou nada”, “Eu não faço nada direito”. É possível salientar também o sentimento de desesperança, na qual a criança não acredita que as coisas irão mudar para melhor (CURATOLO; BRASIL, 2005).

O sentimento de desvalorização é percebido frequentemente em crianças depressivas, nesta situação, a criança não é capaz de perceber seus feitos, sentindo-se incapaz e sem valor, evitando convívio social e dizendo “Eu não consigo, eu não sei fazer”, este sentimento é altamente atrelado a baixa autoestima e o sentimento de culpa, sentindo-se a responsável por tudo de errado que ocorra com ela e por vezes até com sua família. Este sentimento de culpa pode contribuir para a apatia ou até mesmo para a irritabilidade (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Outro aspecto frequente e intenso, diz respeito aos pensamentos negativos e distorcidos que em quadros graves podem evoluir negativamente para pensamentos mórbidos, chegando a pensar que a morte seria a saída para seus problemas. Vale ressaltar que a literatura não apresenta índices consistentes e nem elevados sobre taxas de tentativas de suicídio na infância, porém, é algo que pode ocorrer, sendo assim merece atenção e cuidado (CURATOLO; BRASIL, 2005).

A dificuldade de atenção e concentração é outro aspecto percebido em muitas crianças com depressão, caracterizada pelo desinteresse principalmente pelas atividades escolares, falta de atenção nas tarefas, erros por descuido, que acabam sendo compreendidos pelos pais e professores como preguiça. Outras alterações frequentes afetam o sono e a alimentação, no primeiro caso, a criança pode começar

a dormir muito mais do que o habitual ou ter medo na hora de dormir e até mesmo insônia. No que tange a alimentação, na maioria dos casos se apresenta como perda de apetite, ou em outros casos o oposto, começando a exagerar na alimentação como válvula de escape (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Em crianças no período escolar algumas experiências negativas na escola como o *bullying*, também podem contribuir para o desenvolvimento da depressão (SANTIAGO, 2014). Devido ao fato de a criança passar várias horas do seu dia na escola Miranda et al. (2013) pontua sobre a relevância do educador em perceber possíveis sinais e mudanças comportamentais, bem como orientar os pais e procurar aproximar-se da criança através de seu vínculo. A depressão evidenciada no âmbito acadêmico pode prejudicar a socialização e a aprendizagem da criança.

São tantos os sintomas que caracterizam o quadro depressivo, que merecem atenção, além disto, é preciso sempre olhar a individualidade de cada criança, bem como um todo a sua volta, não rotulando tudo como depressão, bem como não negligenciando que a doença existe, é grave e exige acompanhamento (KUTCHER et al., 2014).

Os sintomas depressivos na infância podem variar de acordo com a idade, sendo assim como ainda não é capaz de relatar verbalmente os sentimentos, é essencial observar as formas não verbais, como a expressão facial, desenhos gráficos, mudança de comportamento, postura corporal, enfim qualquer sinal não verbal é uma indicação (MIRANDA et al., 2013).

O transtorno depressivo nessa fase de desenvolvimento infantil pode estar associado a grandes perdas futuras, sendo que em tempos atrás o assunto e seus sintomas eram desconhecidos e ignorados por profissionais da saúde, deixando muitas crianças sem a oportunidade de serem acolhidas. Atualmente observa-se um crescimento referente ao interesse científico propenso à compreensão e tratamento sobre a depressão infantil (SANTANA; MARTINS, 2015). Segundo estimativas da (ONU) Organização das Nações Unidas (2012), as crianças representam parcela significativa em torno de 30% da população mundial.

Nessas populações, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão de literatura internacional, a média global da taxa de prevalência de transtornos mentais nessa população foi de 15,8%. A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10,2%. No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência de 7 a 12,7%. Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças no mundo

apresentam algum transtorno mental (THIENGO et al., 2014, p. 361).

A depressão em crianças pode ser diagnosticada por uma avaliação cuidadosa dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, nessa idade o relato dos pais é muito importante para o diagnóstico, pois a criança apresenta dificuldade para saber o que pensa e sente. É importante orientar aos pais para prestarem atenção no comportamento da criança. Na identificação de alterações de humor ou atitudes da criança, os mesmos precisam imediatamente procurar ajuda médica, de forma que a patologia não se agrave e a criança tenha um desenvolvimento normal. Infelizmente ainda não existem exames laboratoriais ou de imagem para auxiliar no diagnóstico da depressão (KUTCHER et al., 2014).

É preciso compreender que o trabalho multidisciplinar é essencial, envolvendo médicos, psicólogos e em muitos casos os profissionais da escola da criança, principalmente a professora que possui contato diário e pode tanto perceber sinais como auxiliar nas dificuldades de comportamentos ou até mesmo aprendizagem manifestos em ambiente escolar (KUTCHER et al., 2014).

De acordo com Wainer e Piccoloto (2011), buscando explicar os fatos e seu desenvolvimento da depressão infantil os modelos cognitivo comportamentais demonstram avanços em seu processo teórico, os primeiros modelos entendem o funcionamento dando origem ao behaviorismo, pois consideram que os comportamentos disfuncionais dependem de contingências ou possibilidades ambientais específicas, como modelo socioambiental, teoria do desamparo aprendido, modelo cognitivo e modelo de controle.

Considerando o modelo cognitivo, suas origens são pautadas nos estudos de Aaron Beck (professor de psiquiatria, na Universidade da Pennsylvania, Philadelphia), que em contato com pacientes depressivos, notou acentuados pensamentos negativos relacionados a si, aos outros e ao futuro (tríade cognitiva), cuja ideia central está no conteúdo dos pensamentos e nas distorções cognitivas, o que contribui para o desenvolvimento de patologias como a depressão (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

No período de 1959-1979, Aaron Beck conduziu estudos empíricos para comprovar os conceitos centrais da abordagem, com o intuito de gerar maior credibilidade junto ao corpo médico. Ao longo de sua pesquisa e acompanhamento de pacientes depressivos, passou a perceber a frequência exacerbada de pensamentos negativos, atuando como reguladores no processo de adoecimento.

Com tais descobertas, passou a intervir diretamente nesses pensamentos, promoveu reestruturação cognitiva e deu origem à terapia cognitiva, posteriormente denominada terapia cognitivo-comportamental (SERRA, 2018).

Ao concluir os estudos Aaron Beck e seus colaboradores enfatizaram que certos padrões cognitivos poderiam ser refletidos pela necessidade do paciente fazer julgamentos negativos de si mesmo, do ambiente e do futuro, pois seriam ativados durante os períodos de depressão e sendo menos ativados fora desse período. Estes pensamentos distorcidos da realidade e por vezes negativos acabavam contribuindo diretamente para o desenvolvimento de patologias como a depressão (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

Baseado em como o indivíduo interpreta as situações vivenciadas, desenvolve padrões de pensamentos, que por consequência geram emoções e comportamentos, instaurando assim o modelo cognitivo. Fato é, as situações isoladamente não são capazes de provocar as mesmas reações em todos os indivíduos, é o modo como a pessoa percebe e processa as informações o aspecto central. Em um estado depressivo, as distorções cognitivas atuam na visão negativa da pessoa em relação a si mesmo, ao mundo e futuro, estes três aspectos foram nomeados como tríade cognitiva (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

Complementando sobre a tríade, encontramos em Ribeiro (2015) a ideia de que o modo como o indivíduo percebe a si, ao mundo e ao seu futuro impacta diretamente na interpretação das situações vivida, podendo intensificar a dor e o sofrimento de pormenores, levando ao adoecimento psíquico.

A teoria de Beck ampliou-se a partir de observações clínicas e de testes experimentais de relatos de diversos pacientes, sustentando os pressupostos básicos de que a cognição influencia as emoções e os comportamentos; tais cognições podem ser monitoradas e modificadas (reestruturação cognitiva), mudanças cognitivas auxiliam na autonomia e bem estar (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

Inicialmente, o foco de estudo foram pacientes depressivos, depois a abordagem passou a ser implementada no tratamento de outras patologias, mas sempre com o foco na identificação dos padrões de pensamentos. Sendo assim, foi possível perceber distorções cognitivas mais frequentes. É preciso estudar a fundo estas distorções para poder identificá-las no setting terapêutico, auxiliando o paciente a também percebê-las e modificá-las (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

Os principais erros ou distorções cognitivas são: a catastrofização: dedução negativa de acontecimentos futuros; a inferência arbitrária: concluir fatos a partir de argumentos inexistentes; a abstração seletiva: os depressivos focam mais nos aspectos negativos das situações; a supergeneralização: tendem a aumentar extensão dos fatos, maximização e minimização: os depressivos em geral maximiza o erro e minimiza o sucesso; a personalização: foco excessivo sobre si mesmo em relação a causas; o pensamento absolutista: preso em uma ideia como certeza única e por fim o pensamento dicotômico: forma de pensamento dividido entre tudo ou nada (WAINER; PICCOLOTO, 2011).

As cognições apresentam três níveis partindo do inicial que são os pensamentos automáticos, depois as crenças intermediárias, até ser possível alcançar e trabalhar as crenças centrais ou nucleares. Os pensamentos automáticos são de acesso mais fácil, pois são constantes, espontâneos e aparecem automaticamente, sem questionamento de sua validade pelo paciente. Nas patologias como a depressão, tende a vir acompanhados de uma forte emoção negativa (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

As crenças intermediárias, consideradas o segundo nível de cognição são entendidas como regras ou pressupostos criados pela pessoa para conviver com as ideias negativas e não adaptativas que possui a seu respeito, agindo como mecanismo de sobrevivência para lidar com situações dolorosas vivenciadas desde a infância, estas são sustentadas pelas crenças centrais ou nucleares do indivíduo, que como o próprio nome já salienta, é o terceiro e mais forte nível de cognição, pois possui origem a partir das experiências infantis, possuindo uma forma cristalizada e inflexível sobre o que a pessoa pensa de si, dificultando seu acesso e sua modificação (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

Estas regras centrais para o processamento das informações servem como filtro dos dados vindos do ambiente. Assim a TCC com suas técnicas auxilia o paciente a perceber as distorções e questioná-las com o intuito de tornar as interpretações mais flexíveis. O trabalho começa pelos pensamentos automáticos, que evidenciam as crenças da pessoa, percebendo e modificando os pensamentos automáticos, por consequência passa a construir regras e crenças mais realistas e adaptadas as situações adversas da vida (WRIGHT et al., 2008).

Na terapia cognitivo-comportamental, os terapeutas encorajam e se dedicam

para amparar os pacientes com o intuito de ajudar a reconhecer e modificar o pensamento excessivo, tornando-os mais racionais, diminuindo então o viés negativo de interpretação. Sendo assim, o paciente consegue adquirir maior controle de seus pensamentos, emoções e comportamentos (WRIGHT et al., 2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia cognitivo-comportamental vem ganhando notoriedade do tratamento de diversas doenças mentais, bem como passou a ser amplamente estudada e aplicada no tratamento infantil. Os pressupostos e conceitos centrais são os mesmo para crianças, adolescentes e adultos, porém, o nível de compreensão e interesses das crianças é diferente, exigindo que os psicoterapeutas façam adaptações das atividades para cada faixa etária. Outro aspecto de suma importância é a inclusão do lúdico, pois, através dos brinquedos e do brincar, que é a linguagem própria da criança, esta é capaz de explicar suas dificuldades e de aprender a superá-las (SANTANA; MARTINS, 2015).

A sala para o atendimento com crianças precisa ser adaptada para que esta se sinta à vontade, e a caixa lúdica, jogos, livros infantis, fantoches e outros recursos facilitam para que a criança aprenda a lidar com suas emoções, desenvolvendo padrões mais adaptativos de respostas, ou seja, mudanças comportamentais. No caso de crianças pequenas, estas possuem pouca capacidade de metacognição, então o trabalho tem início com as emoções e comportamentos. No caso de crianças maiores, por volta de 8 anos, estas já começam a fortalecer a capacidade de pensar sobre seus próprios pensamentos (KNAPP, 2004).

De um modo geral, as crianças possuem repertório reduzido de estratégias para resolução de problemas, então, frente a dificuldades seja elas de aprendizagem, *bullying*, separação de pais, adoecimento, luto, nascimento de irmãos, podem começar a apresentar mudanças emocionais e comportamentais, porém, muitos adultos não têm o conhecimento de que crianças também podem desenvolver transtornos como a depressão (PETERSEN et al., 2011).

Os profissionais da área da educação por vezes são os primeiros a perceberem e orientarem os pais de que algo está errado com a criança. Ao chegarem diante dos profissionais da saúde, principalmente do psicólogo, o mesmo precisa ser capaz de identificar os sinais da depressão infantil, bem como intervir rapidamente

com a criança e com os responsáveis para evitar o agravamento da situação (PETERSEN et al., 2011).

A terapia cognitivo-comportamental, através do lúdico, utiliza-se de livros infantis, brinquedos, jogos, bem como técnicas específicas como a psicoeducação (ensinar a criança sobre o modelo cognitivo, bem como sua patologia para aumentar sua compreensão e enfrentamento do problema), técnicas para reestruturação cognitiva (ensinar sobre as emoções e os pensamentos, buscando alterações em seus padrões) e treinamento de pais (auxiliar os responsáveis na compreensão do problema e também recursos para dar suporte adequado para a criança).

Considerando toda a evolução da abordagem, seus principais conceitos e técnicas utilizadas atualmente no manejo psicoterapêutico, a TCC propõe aos terapeutas um embasamento teórico e científico onde se dedicam em amparar os pacientes com o intuito de ajudá-los a reconhecer e modificar suas cognições, compreendendo que mudanças nos pensamentos automáticos e nas crenças, geram mudanças nas emoções e também nos comportamentos.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ª- Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v.54, n.3, p.170-176, 2005. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/media/bipolar\\_heloisa\\_brasil.pdf](http://www.fiocruz.br/media/bipolar_heloisa_brasil.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed.- Porto Alegre: Artmed,2008.

HUTELL, J. et al. A depressão infantil e suas formas de manifestação. Psicol. Argum., Curitiba, v.29, n.64, p.11-22 jan./mar.2011. Disponível em:<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19659/18991>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

KNAPP, P. et al. Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, Cap. 1, p. 17-24. 2004.

KUTCHER, S.; SOUZA, E. L.; PAN, P. M.; COELHO, R. P. S. Transtornos do humor-

depressão e transtorno bipolar. Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber. Porto alegre: Artmed, Cap.10, p.133-141, 2014.

MIRANDA, M. V. et al. Depressão Infantil. Cad. pesq., São Luís, v. 20, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2269>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. P. Terapia cognitiva. In: RANGÉ, B. P. et al. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, Cap. 1, p. 20-32, 2011.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In: PETERSEN, C. S., et al (Orgs.), Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, p. 16-31, 2011.

RIBEIRO, M. V.; MACUGLIA, G. C. R.; DUTRA, M. M. Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: uma proposta de intervenção. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 81-92, dez. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872013000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 11 mar. 2018.

SANTANA, K. K. V.; MARTINS, M. G. T. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil. Rev. Estação Científica, Juiz de Fora, n.14, jul./Mar. 2015. Disponível em: <[http://portal.estacio.br/docs%5revista\\_estacao\\_cientifica/01-14.pdf](http://portal.estacio.br/docs%5revista_estacao_cientifica/01-14.pdf)>. Acesso em 07 mar.2018.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 360-372, Mai. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0360.pdf>>. Acesso em 07 mar. 2018.

WAINER, R.; PICCOLOTO, N. M. Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. PETERSEN, C.S. et al. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, Cap. 9, p. 170-194, 2011.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado. Porto Alegre: ARTMED, Cap. 1, p. 1-18, 2008.