



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Résia Silva de Moraes

**Inventários Beck para Crianças e Adolescentes: Revisão
Sistemática da Literatura**

**UBERLÂNDIA
2014**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Résia Silva de Moraes

**Inventários Beck para Crianças e Adolescentes: Revisão
Sistemática da Literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia da Saúde/
Processos Cognitivos
Orientador: Prof. Drº Ederaldo José Lopes

**UBERLÂNDIA
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M827i Morais, Résia Silva de, 1984-
2014 Inventários Beck para crianças e adolescentes : revisão sistemática
da literatura / Résia Silva de Morais. - 2014.
112 f. : il.

Orientador: Ederaldo José Lopes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Testes de personalidade - Teses. 3. Terapia
cognitiva para adolescentes - Teses. 4. Terapia cognitiva para crianças -
Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II. Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Résia Silva de Moraes

**Inventários Beck para Crianças e Adolescentes:
Revisão Sistemática da Literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de concentração: Psicologia da Saúde/ Processos Cognitivos

Orientador: Prof. Drº Ederaldo José Lopes

Coorientador: Profª. Drª. Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia, 2014

Prof. Drº Ederaldo José Lopes (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Alexandre Vianna Montagnero

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profª Drª Neide Aparecida Micelli Domingos

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) – São Paulo

**UBERLÂNDIA
2014**

Dedico este trabalho a minha amada mãe Maria das Graças Silva de Moraes,
pela dedicação e demonstração de amor, fé e afeto;
Ao meu querido pai Ilton Dias de Moraes, pelos exemplos de
honestidade e respeito que tanto venero.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que, com seu eterno amor, cuidou para que eu não fraquejasse, em especial, nos momentos de angústia e sofrimento, pois somente Ele sabe o que eu vivi para estar aqui.

A todos os familiares pelo apoio, carinho e compreensão.

Em especial...

Aos meus pais, Ilton e Maria, os quais sempre me ensinaram a estudar e a dar o exemplo. Pessoas iluminadas que me mostraram que a simplicidade é um caminho estreito e difícil neste mundo onde o ter ainda é mais importante que o ser, mas é por esse caminho de humildade que peregrinamos rumo à vitória.

Aos meus irmãos, Aniel, Josué e Antoniel, que, com paciência, escutaram e incentivaram a mim para que eu chegassem ao fim do estudo.

A meus tios, tias, primos e primas, especialmente, tia Abadia, tio Silvio, tia Tarcísia e tia Rita, e as primas Gleice e Leila que vibraram comigo, desde a aprovação na prova, e sempre fizeram “propaganda” positiva a meu respeito. Obrigada pela força!

Ao Lucas Bianchinni, meu querido namorado. Obrigada por aguentar meu mau humor matinal, minhas reclamações (a respeito da dissertação) e a bagunça dos meus livros e resumos que se espalharam pela casa toda. Obrigada por ter me ensinado a ser mais organizada e a ter paciência com as coisas da vida. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

A todos os professores do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal de Uberlândia pela dedicação e tranquilidade durante as aulas, demonstrando confiança e carinho com todos.

Em especial...

Ao Prof.^º Dr^º Ederaldo José Lopes, meu orientador, que, com sabedoria, paciência e ética, tornou possível a realização deste estudo. Com ele, percebi que o aprendizado é uma

construção diária cujo ingrediente principal é o afeto. A esta pessoa que me acolheu, os meus mais sinceros agradecimentos.

À Prof^a. Dr^a. Renata Ferrarez Fernandes Lopes, minha coorientadora, pelos ensinamentos, confiança e amizade. A senhora deixa Luz por onde passa. Sempre serei sua fã.

À Marineide, testemunha constante de meu esforço, um forte abraço e muito obrigada pelo respeito e carinho comigo e com a minha família.

A todos os funcionários do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, obrigada pela dedicação e compreensão.

A meus amigos do mestrado e da vida, pelos momentos divididos juntos, em especial, Maura Ribeiro, Carolina Arantes, Natália Pimenta, Janaina Rodrigues, Jéssica Ferrucci Suzuki e Marília Panucci, pois se tornaram verdadeiras amigas e grandes parceiras.

A minha grande, fiel e verdadeira amiga, Maria Elcy Fernandes, companheira e sócia das dores e das alegrias. Um anjo que me ensinou, ensina e sempre será uma pessoa de exemplo em minha vida.

A Mariana Nunes, pelas correções e sugestões dadas no transcorrer do trabalho. Amiga fiel que esteve ao meu lado em momentos cruciais da elaboração dessa dissertação.

As minhas amigas *fashions*, Viviane Santos e Alessandra Beatriz, pela amizade e cumplicidade. Agradeço muito a vocês pelo carinho e cuidado que tiveram comigo no momento crítico e decisivo da minha vida. Obrigada por dividir comigo as angústias e as alegrias e ouvirem minhas bobagens. Foi bom poder contar com vocês!

A Revista “Meio & Mídia Cult”, em especial, ao Diretor Célio Cardoso, pelo carinho, atenção e, principalmente, por acreditar no meu trabalho. Cada matéria tem um pouquinho dessa dissertação.

Muito obrigada!

Cada dia que amanhece assemelha-se a uma página em branco,
na qual gravamos os nossos pensamentos, ações e atitudes.
Na essência, cada dia é a preparação de nosso próprio amanhã.

*Psicografia de Francisco C. Xavier.
Livro: Indicações Do Caminho*

RESUMO

A teoria/terapia cognitiva (TC) promoveu profundas mudanças na psiquiatria e psicologia colaborando, assim, para o tratamento de uma ampla variedade de transtornos. Em termos diagnósticos, a TC faz uso de escalas psicométricas e de outros instrumentos. Por exemplo, em 1961, Beck desenvolveu as Escalas de Depressão de Beck (BDI) revisadas em 1978 (BDI-1A) e em 1996 a BDI-II foi publicada. Em 2001, elaborou o Beck Youth Inventory - (BYI-II) para crianças e adolescentes com idades entre 7 a 18 anos, que consiste em um inventário de cinco escalas que avaliam os sintomas de depressão, ansiedade, raiva, comportamento disruptivo e autoconceito. O objetivo deste trabalho foi construir uma revisão sistemática da produção científica nacional e internacional do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), do Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) e do Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y); além disso, foram considerados estudos que empregam esses instrumentos na área clínica e da saúde em geral. A revisão foi realizada a partir da utilização dos descritores: “Beck Depression Inventory for Youth”; “Beck Anxiety Inventory for Youth” e “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”. Os critérios de seleção da amostra foram: presença do descritor no corpo do texto; artigos escritos na língua inglesa, espanhola e portuguesa; referências repetidas em outras bases foram selecionadas apenas em uma base; referências que estavam relacionadas ao tema, tendo como critério norteador do estudo o enfoque sobre o uso do BAI-Y, do BDI-Y e do BDBI-Y. Após critérios de inclusão, os resultados obtidos foram: 11 artigos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”; com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, 11 estudos foram selecionados. Já com o descritor “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth” foram selecionadas apenas 3 referências. Portanto, empreender uma revisão da produção científica de três inventários do Beck Youth Inventory (BYI-II) foi essencial para tornar possível a verificação da escassez de estudos para os inventários BDI-Y, BAI-Y e BDBI-Y. Os resultados mostram que nenhuma referência nacional foi encontrada, a maioria é oriunda dos Estados Unidos da América e apenas uma referência relatou o uso dos Inventários Beck, segunda edição, adaptados e validados para a realidade chinesa. Esses resultados podem contribuir para um maior esclarecimento acerca da necessidade de pesquisadores darem continuidade a esta discussão, considerando a grande necessidade da inclusão destes instrumentos em trabalhos de pesquisa e o desenvolvimento de investigações com ênfase em estudos das propriedades psicométricas desses inventários e de sua adequação à realidade brasileira. Por fim, com a realização de mais estudos, torna-se possível avaliar a eficácia destas escalas e sua utilidade na comunidade acadêmica e clínica.

Palavras-chave: Beck Youth Inventory, Crianças, Adolescentes.

ABSTRACT

The cognitive theory / therapy (CT) produced profound changes in psychiatry and psychology contributing thus to treat a variety of disorders. In diagnostic terms, the CT use psychometric scales and other instruments. For example, in 1961, Beck developed the Beck Depression Inventory (BDI) revised in 1978 (BDI-1A) and in 1996 the BDI-II was published. In 2001, the Beck Youth Inventory (BYI-II) was prepared for children and adolescents aged 7-18 years consisting of an inventory of five scales that assess symptoms of depression, anxiety, anger, disruptive behavior and self-concept. The aim of this work was to construct a systematic review of national and international scientific production of the Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), the Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) and the Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y); furthermore, we considered studies that employ these tools in the clinical area and overall health. The review was carried from the use of descriptors: "Beck Depression Inventory for Youth", "Beck Anxiety Inventory for Youth" and "Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth". The references selection criteria were: presence of the descriptor in the text, articles written in English, Spanish and Portuguese; repeated references in other databases will be selected only in one base; references that were related to the theme, with the guiding criterion focus on using the BAI-Y , the BDI-Y and BDBI-Y. The results were: following criteria for inclusion, 11 articles, with the descriptor "Beck Depression Inventory for Youth"; with the descriptor "Beck Anxiety Inventory for Youth", 11 studies were selected. Already with the descriptor "Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth" were selected only three references. Therefore, undertake a review of the scientific production of three inventories Beck Youth Inventory (BYI-II) was essential to verify the scarcity of studies about BDI-Y, BAI-Y and BDBI-Y. Results show no Brazilian studies, most are from the United States and only one reference reported use of Beck Inventories, second edition, adapted and validated for the Chinese reality. These results can contribute to raising awareness about the need to researchers to continue this discussion, considering the great necessity of their inclusion in research and research development with emphasis on studies of the psychometric properties of these instruments and their appropriateness to the Brazilian reality. Finally, with the guarantee of further studies, will be possible to evaluate the competence of this scales and their utility in the academic and clinical community.

Key words: Beck Youth Inventory, Children, Teenagers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y).....	49
Tabela 2: Caracterização dos estudos com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth” na Base Google.....	88
Tabela 3: Caracterização dos estudos com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth” na base Sciencedirect Elsevier.....	89
Tabela 4: Caracterização dos estudos com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth” na Base Springerlink.....	96
Tabela 5: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y).....	57
Tabela 6: Caracterização dos estudos com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth” na Base Psycinfo.....	99
Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth” na Base Sciencedirect Elsevier.....	100
Tabela 8: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”na Base Springerlink.....	106
Tabela 9: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y).....	65
Tabela 10: Caracterização dos estudos, com o descritor Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth na Base Sciencedirect Elsevier.....	110

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
EPÍGRAFE.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
LISTA DE TABELAS.....	10
INTRODUÇÃO.....	13
1 - TERAPIA COGNITIVA.....	13
1.1 - Terapia Cognitiva Infantil.....	16
2- TERAPIA COGNITIVA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	21
2.1- Diagnosticando os Transtornos Mentais.....	21
2.1.1- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR.....	21
2.1.2- Classificação Internacional das Doenças CID-10.....	24
2.2- Transtornos Mentais com Crianças e Adolescentes (Eixo I)	25
2.2.1- Transtornos Geralmente Diagnosticado pela primeira vez na Infância e Adolescência.....	26
2.2.1 (a)- Transtorno de Comportamento Disruptivo.....	27
2.2.2- Transtornos do Humor.....	30
2.2.3- Transtornos de Ansiedade	31
3- AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO.....	35
3.1- Avaliação Diagnóstica.....	35
3.2- Conceitualização de Caso.....	36

4- INVENTÁRIOS BECK DE AUTORRELATO.....	40
OBJETIVOS.....	44
MÉTODOS.....	44
1- Material.....	45
2- Procedimentos.....	46
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
1- Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y).....	48
1.1- Apreciação Quantitativa das Referências.....	46
1.2- Apreciação Qualitativa das Referências	50
2- Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y)...	56
2.1- Apreciação Quantitativa das Referências.....	56
2.2- Apreciação Qualitativa das Referências.....	58
3- Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y).....	64
3.1- Apreciação Quantitativa das Referências.....	64
3.2- Apreciação Qualitativa das Referências.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES.....	87
APÊNDICE A.....	88
APÊNDICE B.....	99
APÊNDICE C.....	110

INTRODUÇÃO

1. Terapia Cognitiva

A origem da psicologia sob o ponto de vista científico está na filosofia grega; porém, a tradição do Oriente também incorporou a psicologia que se desvinculou da filosofia apenas nos últimos anos do século XIX, época em que foi fundado o primeiro laboratório psicológico pelo alemão Wilhelm Wundt (no ano de 1879).

Segundo Petersen e Wainer et al. (2011), a psicologia clínica, tem passado por vários progressos, com destaque inegável às psicoterapias cognitivo-comportamentais. Estas referem-se ao conjunto de terapias que possuem em comum a consideração da mediação cognitiva como responsável por gerir o comportamento dos humanos; desse modo, a cognição torna-se foco a ser trabalhado para mudança terapêutica.

De acordo com a teoria cognitiva, o comportamento e as emoções humanas são pautados pela análise das situações e não pelos simples acontecimentos; essa concepção não é recente, pois já era citada entre os filósofos estóicos, como Epíteto e Marco Aurélio (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Dobson & Dozois, 2006). De acordo com tal teoria, existiria um ponto de mediação entre estímulos do ambiente e as respostas emitidas pelo sujeito, podendo ser essas respostas de várias espécies – reações fisiológicas, pensamentos ou até mesmo emoções.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), por exemplo, é um tipo de psicoterapia que se pauta na forma como o indivíduo interpreta as ocorrências diárias. Essa interpretação dos eventos influencia no comportamento e na emoção (Beck, 1997), tendo em vista que há uma relação de reciprocidade entre “pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente”, de modo que qualquer alteração sofrida por um desses componentes pode afetar os demais (Knapp, 2004). Esse tipo de terapia vale-se de três níveis de cognição: crenças centrais (ideias e conceitos mais arraigados em relação a terceiros, ao mundo e ao próprio sujeito);

crenças intermediárias (normas, padrões, atitudes a partir das quais a conduta é baseada); e pensamentos automáticos (ativados por acontecimentos externos ou internos, são involuntários e, na maioria dos casos, imperceptíveis em nível do consciente) (Beck, 1997). Mesmo contemplando esses três níveis cognitivos, a TCC necessita de uma forte aliança terapêutica, exigindo sessões estruturadas por uma variedade de técnicas que modificam pensamentos, humor e comportamentos; por isso, o contexto de aplicação é vasto bem como há o auxílio a diversos transtornos psicológicos (Rangé, 2011).

Segundo Dobson (2010), em sua essência, as TCCs compartilham três proposições fundamentais: 1) a atividade cognitiva afeta o comportamento, 2) a atividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada e 3) as modificações comportamentais desejadas podem ser conquistadas através de mudanças cognitivas.

Segundo Beck, J. (1997), a TCC é definida como uma psicoterapia estruturada, direcionada e breve para mensuração da depressão e outros transtornos, com o intuito de resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e comportamentos decorrentes de tais problemas. A avaliação e a mudança no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento pessoal, resultando modificação das crenças que influenciam o paciente.

De maneira breve, a TCC é classificada como um conjunto de formas aplicadas pelo terapeuta, que visa a produzir uma mudança cognitiva, com o intuito de modificar suas ações, emoções e comportamento decorrentes de seus pensamentos (Beck, J., 1997).

Pode-se dizer também que se trata de uma teoria de aprendizagem social, a qual pressupõe que as características comportamentais e o comportamento situacional de uma pessoa é um fenômeno dinâmico e em evolução constante (Friedberg & McLure, 2004).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), a Terapia Cognitivo-Comportamental é uma abordagem obtida através de experiências, vivência e observação e que se baseia em dois princípios centrais: 1) a mente/pensamento tem um poder de autocontrole sobre as razões e

emoções; 2) os comportamentos e atitudes são reflexos dos nossos pensamentos e podem afetar profundamente as emoções.

O nível mais elevado do pensamento descrito por Beck é a consciência, definida como um estado de percepção e centralização no qual as decisões podem ser tomadas de maneira racional, permitindo-nos monitorar e avaliar as interações com o meio externo; relacionar memórias passadas com experiências vividas atualmente, controlar e planejar ações futuras (Wright, Basco & Thase, 2006).

Os mesmos autores ainda relatam que, na TCC, os terapeutas incentivam o desenvolvimento com relação à maneira de pensar e agir, enfatizando técnicas destinadas a ajudar o paciente, para que ele encontre uma maneira de organizar pensamentos e ideias, detectando e modificando aqueles relacionados a sintomas emocionais, com o intuito de solucionar problemas pessoais buscando autocontrole.

Segundo Knapp et. al. (2004), se as emoções não forem trabalhadas de maneira clara e centrada, o tratamento cognitivo pode se tornar apenas uma troca intelectual, o que não resultaria na alteração do comportamento esperado, pois sem a presença do afeto, a reestruturação do pensamento do paciente não acontece.

O objetivo do tratamento cognitivo é levar o paciente ao aprendizado com relação a: 1) Identificar e modificar sua forma distorcida de pensar; 2) Identificar e modificar as emoções que esses pensamentos provocam; 3) Identificar e modificar os comportamentos que são tomados como consequência desses pensamentos e emoções; 4) Utilizar formas alternativas, mais funcionais, de pensar e se comportar diante de situações; 5) Reestruturar crenças nucleares; 6) Solucionar problemas; 7) Construir estratégias de enfrentamento; 8) Construir habilidades necessárias ao enfrentamento; 9) Prevenir recaída (Knapp et al., 2004).

Knapp et. al. (2004) ainda ressaltam que o terapeuta tem um papel ativo e diretivo no tratamento cognitivo, tanto quanto o paciente envolve-se de forma pró-ativa no processo de

solução de problemas e tratamento. Ambos buscarão, empiricamente por meio de relatos e experiências, as evidências necessárias para confirmar as hipóteses levantadas no decorrer no tratamento.

1.1 - Terapia Cognitiva Infantil

Os primeiros relatos de psicoterapia na infância foram propostos por Freud e Mary Corey Jones. O primeiro, em 1909, descreveu o caso do pequeno Hans, um menino de 5 anos que tinha fobia de cavalos e cujas análises foram conduzidas por Freud através dos relatos do pai (Freud, 1909/1955). Já Mary Corey Jones, em 1924, empregou técnicas de modelagem e condicionamento na psicoterapia de um garoto de 2 anos com fobia de coelhos brancos (Jones, 1924).

Há alguns anos, a necessidade de adotar uma proposta de desenvolvimento para entender e tratar jovens não era reconhecida; todavia, na última década, a Terapia cognitiva para crianças e adolescentes foi bastante aprimorada. Vários livros de Terapia Cognitiva para Jovens já foram publicados e traduzidos na versão brasileira, por exemplo, Bunge, Gomar e Mandil (2012); Dobson e Dozois, (2006); Friedberg e McClure, (2004); Friedberg, McClure e Garcia, (2011); Reinecke, Dattilio e Freeman, (2009) e Petersen, Wainer, e et. al. (2011). Vários autores afirmam que o conhecimento do desenvolvimento cognitivo é fundamental para a terapia de crianças (Crick & Dodge, 1994; Kazdin, 1998). Essa faixa etária apresenta rápida transformação durante o desenvolvimento dos processos cognitivos, sendo que tal mudança interfere na interpretação da criança, pensamentos e atitudes em relação a ela mesma e ao meio ambiente. Essa dinâmica também interfere nos tipos de comportamento desadaptado que as crianças vão desenvolver ao longo de seu crescimento. Componentes cognitivos de desenvolvimento exercem papel importante na tomada de decisões sobre a terapia das crianças durante toda a intervenção (Mash & Barkle, 1996; Mash & Dozois, 1996). Em idades

diferenciadas, a criança tem um nível cognitivo único de compreensão, fato que modifica a visão de si mesma e do mundo. Atualmente, metade dos estudos de psicoterapia em crianças e adolescentes investigaram técnicas cognitivo-comportamentais (Durlak et al., 1995), a justificativa do alto índice de estudos é a atual popularidade dessa teoria, associada ao fato de propiciar maior facilidade com aspectos de metodologia de pesquisa, como uso de questionários estruturados e medidas mais objetivas de avaliação. Tais pacientes costumam responder melhor a terapias focadas em sintomas específicos e orientadas para o ganho de habilidades, características encontradas frequentemente nas terapias cognitivo-comportamentais (Butler et al., 2006 e Butler & Beck, J. S. 2000).

A psicopatologia, na infância, não pode ser justificada por um único fator, pois o comportamento é determinado por variáveis biológicas, genéticas, interpessoais e ambientais, segundo Bunge, Gomar e Mandil (2012). Reforçando a multiplicidade de causas do desenvolvimento patológico, A. T. Beck, Emery e Greenberg, (1985); J. S. Beck (1995), Padesky e Greenbeg (1999) acrescentam também cinco elementos que influem no conceito das psicologias humanas: o contexto interpessoal/ambiental, fisiológico, emocional, comportamental e a cognição. Entretanto, em diálogo com Kendall (2000), todos esses aspectos interagem em um sistema dinâmico e complexo, de modo que a intervenção sobre o processo de cada indivíduo constitui importante incidência sobre as manifestações emocionais e comportamentais.

O pensamento tona-se, portanto, o foco da TCC, posto que problemas surgem ao indivíduo quando ele se depara com crenças e pensamentos errôneos que lhe distorcem a interpretação do mundo de maneira geralmente negativa, fato esse que gera sofrimento e inviabiliza qualquer manifestação de prazer ou o surgimento de alternativas e formas mais positivas de encarar os acontecimentos. Tendo em vista esse quadro, a responsabilidade do terapeuta é, por meio de técnicas, refutar pelo questionamento as crenças e pensamentos errôneos, mostrando

ao indivíduo a origem de tais equívocos. O objetivo desse profissional, portanto, é modificar a estrutura cognitiva do paciente, ação essa aliada a algumas tarefas de modificação do comportamento (Guimarães, 2001).

Em relação a crianças, o método é semelhante, uma vez que a maneira como essas dão sentido às suas experiências determina o emocional e constituí os chamados pensamentos automáticos, os quais são acionados em uma determinada situação de modo a depreciar a capacidade do indivíduo. Sendo assim, o processo terapêutico comportamental com crianças deve ser executado como “uma sequencia lógica e organizada de procedimentos psicológicos que se pautam na mudança gradual do cliente”, percebida pelas alterações no modo de brincar do cliente (Moura & Ventrelli, 2004).

Apesar de todo o estudo voltado a terapia infantil, vários princípios criados originalmente para adultos aplicam-se às crianças; porém, com adaptações. Como exemplo, há o empirismo colaborativo, a descoberta orientada, a agenda e a tarefa de casa, elementos centrais que permitem às crianças desenvolverem habilidades durante e depois do processo terapêutico (Friedberg & McClure, 2004).

Pode-se, portanto, dizer que, mesmo apresentando-se semelhante, a terapia cognitiva infantil difere-se da terapia cognitiva com adultos. Normalmente, as crianças são encaminhadas para um tratamento psicoterapêutico pelos pais porque os problemas psicológicos delas desenvolveram problemas familiares e escolares, sendo assim, muitas vezes, elas não vão por vontade própria. As crianças raramente escolhem quando começa ou termina a terapia, como na terapia de adultos. Além disso, muitas vezes, a experiência de falar com um adulto desenvolve uma situação ansiogênica e desconfortável. As capacidades, limitações, preferências e interesses das crianças são diferentes dos adultos; portanto, é necessário considerar cuidadosamente diferenças entre as idades, bem como suas habilidades

sócio-cognitivas, e adaptar o nível de intervenção à idade e às capacidades do seu desenvolvimento (Friedberg & McClure, 2004).

Segundo Ronen (2006), a terapia cognitiva com adultos visa compreender e mudar o funcionamento humano dependendo da capacidade do cliente em se envolver e avaliar o processamento cognitivo desenvolvido a partir de experiências anteriores. Por muitos anos, as crianças e adolescentes têm sido consideradas incapazes de compreender a TCC e de avaliar seus comportamentos mediados pelas suas cognições. Muitos terapeutas concentravam-se no comportamento das crianças ignorando os elementos cognitivos, pois as dificuldades na aplicação da TCC com crianças e adolescentes, no passado, derivaram da falta de recursos teóricos que integrasse elementos de desenvolvimento cognitivo, social e emocional. O mesmo autor ainda relata que a TCC com as crianças não se restringe a um princípio teórico ou técnica aplicada com um só objetivo, mas sim consiste em um conjunto de estratégias inter-relacionadas para a prestação de novas experiências de aprendizagem. A falta de trabalhos focados no desenvolvimento de métodos de avaliação ou tratamentos mais aprofundados em crianças ainda é a principal deficiência da TCC infantil. O que falta é um grande modelo, geral, integrante teórico para avaliar e tratar doenças comuns na infância, bem como para fornecer um quadro para a avaliação das propostas técnicas (Ronen, 1997).

Com o progresso da Terapia Cognitiva Infantil, o campo se desenvolveu de maneira mais genérica, abordando um problema particular ou fazendo uso de uma técnica específica, em que as crianças são ensinadas a usar estratégias cognitivas de mediação para orientar seu comportamento e, assim, melhorar a sua adaptação com o meio (Ronen 1998).

Durante a última década, o progresso impressionante ocorreu na aplicação da TCC a crianças com a adição de problemas de processamento de informação e de desenvolvimento cognitivo à terapia infantil (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Pettit, 2003; Kazdin, 1998; Ronen, 1997). Ronen (2006) afirmou que este processo derivou de várias finalidades, tais

como o desejo de proporcionar um novo quadro teórico para trabalhar com crianças; a ideia de unir os componentes cognitivos, emocionais, sociais e de desenvolvimento com modelos de processamento de informação (a atribuição de significado) e os princípios básicos da TCC com os adultos; a maturidade da teoria e sua eficácia no tratamento de transtornos emocionais e comportamentais na infância e adolescência.

A eficácia das técnicas da TCC para crianças foi enfatizada por Kendall et al. (2000) e Kendall, (2011) que ressaltaram ainda o acesso permitido por essas técnicas nas emoções e no domínio interpessoal; além do desenvolvimento psicológico, e da resolução de problemas.

2- Terapia Cognitiva dos Transtornos Mentais e do Comportamento com Crianças e Adolescentes

A ideia de a saúde mental na infância ser ainda distante é motivo de muitas discussões na atualidade. O Diretor Geral de Saúde dos Estados Unidos (DHHS 2001) narrou em um de seus relatórios a crise mental de crianças, adolescentes e recém-nascidos no país. Essa tensão se dá pela falta de atenção a essa área, pois, segundo os balanços, cada dez jovens que sofrem de transtorno mental, menos de um em cinco recebe o tratamento necessário e correto. Provavelmente, a situação deve ser ainda menos satisfatória em grandes regiões em desenvolvimento.

Para que possa ser compreendida a revisão oferecida por este trabalho à comunidade acadêmica, é preciso destacar que:

Segundo estimativas, uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente um transtorno mental ou comportamental. Essas famílias vêem-se obrigadas a não só proporcionar apoio físico e emocional, como também arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo (OMS, 2001, p.22).

2.1 - Diagnosticando os Transtornos Mentais

2.1.1 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR

O DSM-IV-TR (APA, 2002) é apoiado por uma ampla base empírica com finalidade clínica de ensino e de pesquisa e é produto de 13 Grupos de Trabalho diversificados de profissionais da saúde mental que tiveram a colaboração dos chamados consultores (profissionais membros de outras associações de saúde, pesquisadores independentes, clínicos da prática privada, especialistas forenses, etc.). O Manual possui um conjunto de critérios

breves, com uma linguagem clara e descrições mais explícitas dos constructos incorporados nos critérios diagnósticos. Ele é utilizado por clínicos e pesquisadores de varias áreas profissionais, tais como: biológica, cognitiva, comportamental, psicodinâmica, interpessoal e familiar sistêmica. É viável principalmente para profissionais da saúde geral e mental (médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais).

Os transtornos decorrem da influência de vários fatores, seus sintomas são diversos, o que demanda um formato de classificação multiaxial. O uso desse último sistema promove uma avaliação abrangente, pois envolve uma avaliação em diversos eixos, cada qual referente a um diferente domínio de informações capaz de auxiliar o clínico a delinear o tratamento e prognosticar o resultado. No DSM-IV-TR, a classificação multiaxial se faz em cinco eixos: Eixo I - Transtornos Clínicos e Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica; Eixo II - Transtornos da Personalidade e Retardo Mental; Eixo III - Condições Médicas Gerais; Eixo IV - Problemas Psicossociais e Ambientais; Eixo V- Avaliação Global do Funcionamento (APA; 2002).

Um sistema multiaxial oferece uma estrutura adequada para organizar e comunicar informações clínicas, para apreender a complexidade de casos clínicos e para apresentar a heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com o mesmo diagnóstico. Além disso, o sistema multiaxial gera a aplicação do modelo biopsicossocial em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa.

Embora este manual possua o título Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a expressão “transtorno mental” sugere uma distinção entre transtornos “mentais” e transtornos “físicos”. Além disso, é preciso entender que o manual classifica os transtornos que as pessoas apresentam e não as pessoas; portanto, não existe “um esquizofrênico” e sim “um indivíduo com Esquizofrenia” (APA, 2002). Dessa forma, as categorias, as descrições e

os critérios diagnósticos específicos incluídos no DSM-IV-TR visam servir como diretrizes que serão moduladas pelo julgamento clínico.

O lançamento do DSM-V foi apresentado na Reunião Anual da American Psychiatric Association, em Maio de 2013 e finalizou um trabalho produto de mais de 10 anos de dedicação de centenas de especialistas internacionais em todos os aspectos da saúde mental na revisão dos critérios para o diagnóstico e classificação dos transtornos mentais. Embora DSM-V seja um volume de autoridade que define e classifica os transtornos mentais, a fim de melhorar o diagnóstico, tratamento e pesquisa, ainda está em processo de tradução e se encontra na versão americana. Esse instrumento foi dividido em 3 seções.

Na Seção I, o DSM-5 relata o uso do Manual e faz declaração de advertência para o uso forense. Na seção II, são apresentados os Critérios Diagnósticos, Perturbações do desenvolvimento neurológico, Deficiência intelectual, Distúrbios da comunicação, Transtorno do espectro do autismo, Distúrbio de atenção, Distúrbio de aprendizagem específico, Distúrbios motores e Outros transtornos do desenvolvimento neurológico, Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno Bipolar e doenças relacionadas, Transtornos depressivos, Transtornos de ansiedade, Transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios relacionados, Trauma e transtornos relacionados ao estresse, Transtornos dissociativos, Sintomas somáticos e distúrbios relacionados, Distúrbios alimentares, Distúrbios de eliminação, Distúrbios do sono e vigília, Distúrbios do sono relacionados com a respiração, Disfunções sexuais, Disforia de gênero, Comportamento Disruptivo, e Transtornos de conduta. Além disso, apresentaram os transtornos relacionados ao uso de substâncias, doenças relacionadas à cafeína, a cannabis, aos alucinógenos, com inalantes, com opiôides, com sedativos, com ansiolíticos, com estimulantes, e com tabaco. Classificaram ainda nesta seção os Transtornos neurocognitivos, os Transtornos de personalidade e os Distúrbios

induzido por medicação. Já na Seção III são oferecidos medidas e modelos de avaliação (<http://www.appi.org>).

Segundo Cunha (2000), a classificação diagnóstica, é fidedigna e muito viável para a comunicação entre os profissionais, pois conduz o psicólogo ou o psiquiatra a desempenhar a sua coleta de dados de forma sistemática e organizada, sendo também adequada para a descrição dos sujeitos em trabalhos de pesquisa. A mesma autora indica todo psicólogo incluir o psicodiagnóstico em suas atividades específicas usando esse manual como auxílio em conjunto com o CID-10.

2.1.2 - Classificação Internacional das Doenças - CID-10

O CID-10 (OMS, 2009) é a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, sendo a primeira série iniciada em 1898 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. A 10^a revisão publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entrou em vigor em 1993, após organização do material e foi desenvolvida para registrar as estatísticas de mortalidade, padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10 (OMS, 2009).

Segundo a OMS (2009), a CID-10 foi construída em três volumes, diferente das últimas revisões. O 1º Volume apresenta a classificação propriamente dita, assim chamada Lista Tabular. O 2º Volume contém as orientações, guias, regras e uma revisão completa dos antecedentes históricos da classificação para os usuários da CID-10. Por último, o 3º Volume oferece o índice alfabético composto por 3 seções que são: Seção I - Índice Alfabético de Doenças e Natureza da Lesão; Seção II - Índice Alfabético de Causas Externas da Lesão; Seção III - Tabela de Drogas e Compostos Químicos. Para introduzir essas partes, o último volume contém informações e notas sobre o uso do índice, convenções usadas e abreviaturas.

Ainda que existam críticas, é importante enaltecer a necessidade de utilizar o CID-10 e o DSM-IV-TR como parâmetros normativos, passíveis de serem constantemente aprimorados e importantes para o avanço científico. Todo esse contexto previamente discutido deve ser considerado quando se avaliam crianças com suspeita de Transtornos Mentais e de comportamento.

2.2 - Transtornos Mentais com Crianças e Adolescentes (Eixo I)

Estima-se que inúmeras crianças e adolescentes apresentam sintomas psicológicos relacionados a transtornos mentais e comportamentais do Eixo I. Contudo, eles não são identificados e não recebem atendimento, sendo muitas dessas crianças com transtornos como: problemas de aprendizagem, conduta, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, abuso de substâncias, entre outros (OPAS/OMS, 2001).

Os transtornos mentais podem diminuir a capacidade cognitiva da criança e de adolescentes durante quase um terço das suas vidas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) avaliou que cerca de 20% de pessoas nessa faixa etária padecem de algum transtorno mental. A terceira causa de morte entre os adolescentes é o suicídio associado à Depressão Maior, com implicações no decorrer da vida adulta. Outros transtornos são as condutas antissociais, delinquência, abuso de drogas, agressividade e distúrbios do comportamento. Ultimamente, os quadros de transtornos alimentares e de ansiedade também têm sido mais amiudados (OPAS/OMS, 2001).

Nesta revisão sistemática, consideraram-se os Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira vez na Infância ou na Adolescência, os Transtornos do Humor e os Transtornos de Ansiedade.

2.2.1 - Transtornos Geralmente Diagnosticados Pela Primeira vez na Infância ou na Adolescência.

Alguns transtornos mentais e físicos manifestam-se precocemente na infância e adolescência, por isso são destacados em um tópico especial do DSM-IV-TR nomeado “Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência”. Tal designação contempla os Transtornos de Déficit de Atenção e de Comportamento Disruptivo, Transtornos Globais do Desenvolvimento, Transtornos de Alimentação da Primeira Infância, Transtornos de Tique, Transtornos da Comunicação, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos da Excreção, Retardo Mental, Transtorno das Habilidades Motoras e outros Transtornos da Infância ou Adolescência. A existência de um tópico destinado apenas para os transtornos diagnosticados geralmente pela primeira vez na infância ou adolescência tem o intuito de apresentar o conteúdo de maneira prática; porém, não sugere uma distinção clara entre transtornos "da infância" e "da idade adulta" (APA, 2002).

Percebe-se que a maior parte dos indivíduos que apresentam tais transtornos são submetidos a cuidados clínicos na infância ou na adolescência, fase em que muitos desses distúrbios surgem – segundo o manual; mesmo assim, o problema não é diagnosticado até a fase adulta. Portanto, a avaliação feita pelo clínico deve ater-se não somente a seção em que se encontra discriminado o problema do adulto, mas também, é necessário que sejam estudados outros tópicos do manual, a fim de diagnosticar um transtorno característico de crianças e adolescentes, manifestado, porém, em uma fase mais tardia da vida. Tendo em vista que sintomas apresentados na infância podem ressurgir ao adulto de maneira mais tênue ou residual, configurando, desse modo, o especificador “Em Remissão Parcial”, o qual, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), pode ser indicado, por exemplo, como Transtorno de Déficit de Atenção; Hiperatividade; Tipo Combinado Em Remissão Parcial.

Para essa revisão, consideraram-se dentro dos critérios de busca os Transtornos de Comportamento Disruptivo.

2.2.1 (a) - Transtornos de Comportamento Disruptivo

Os transtornos disruptivos são avaliados como comportamentos difíceis de diagnosticar em que as condutas características associadas são de transgressão de normas, desafiadores e antissociais; o que causa muito impacto na sociedade em função das implicações severas e por serem problemas que expõem fortemente a criança (Koch & Gross, 2005 e Veiga, 2007). Desse modo, crianças disruptivas provocam sentimentos negativos nos outros, como raiva, angústia, irritação, frustração e ansiedade (Friedberg & McClure, 2004).

É preciso deixar claro ainda que crianças e adolescentes, em seu período natural de desenvolvimento, apresentam um conjunto de comportamentos, os quais compreendem os desafiadores. Portanto, nem todas as condutas apresentadas por eles são aquelas almejadas socialmente, como os comportamentos educacionais, morais e civis. Para Bordin e Offord (2000), condutas isoladas e esporádicas como matar aulas, brigar e mentir fazem parte do desenvolvimento infantil; entretanto, podem ser caracterizadas como transtorno, caso esses comportamentos mencionados tornarem-se duráveis.

Dentro dessa classificação diagnóstica, os transtornos que são focos de atenção neste trabalho são o Transtorno da Conduta e o Transtorno Desafiador de Oposição. Sujeitos com mais de 18 anos apresentando comportamentos com esses diagnósticos são avaliados com Transtorno da Personalidade Antissocial.

Segundo a revisão de Koch e Gross (2005), o Transtorno da Conduta está associado aos comportamentos de crianças ou adolescentes avaliados, principalmente, pelos seus familiares, como antissociais ou complicados de se educar. Além disso, essas condutas depreciam de forma expressiva a vida do menor, seja em casa ou na escola. Os mesmos autores relatam que,

dentre os diagnósticos psiquiátricos avaliados na infância, os comportamentos antissociais apresentados pelos menores com transtorno de conduta são os que mais importunam a sociedade.

Vale ressaltar que esses tipos de transtorno são caracterizados por padrões persistentes de comportamento dissocial, agressivo ou desafiante. Além disso, a permanência e a consistência dos comportamentos antissociais são questões importantes; pois é preciso haver mais do que as traquinagens ou pirraças infantis; deve-se, portanto, conduzir grandes transgressões para distinguir crianças que podem ser diagnosticadas com transtorno de conduta de menores em desenvolvimento natural (OMS, 2009; Koch & Gross, 2005).

Em suma, o diagnóstico fundamenta-se na compleição de comportamentos do seguinte tipo: presença exageradas de agressividade e de autoridade; brutalidade com pessoas e animais; vandalismo; roubos; mentiras repetidas; matar aulas e fugir de casa. De acordo com a OMS (2009), a presença constante e excessiva de um dos comportamentos supracitados é suficiente para o diagnóstico, mas ações separadas não o são.

Já o Transtorno Desafiador de Oposição (TDO) está associado aos comportamentos negativistas desobedientes, vingativos, desafiadores e hostis realizados de maneira constante desacatando pessoas que ocupam papéis de autoridade (APA, 2002).

Segundo Serra Pinheiro et al.,(2004):

O TDO pode ser diferenciado, em linhas gerais, pelos seguintes indícios:

Um padrão global de desobediência, desafio e comportamento hostil. Os pacientes discutem excessivamente com adultos, não aceitam responsabilidade por sua má conduta, incomodam deliberadamente os demais, possuem dificuldade de aceitar regras e perdem facilmente o controle se as coisas não seguem a forma que eles desejam (p. 273).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), o diagnóstico para identificar o TDO é feito com base em apenas quatro sintomas dos oitos critérios estabelecidos, os quais devem ter duração mínima de 6 meses em um grau que é anormal para a faixa etária da infante. Os critérios são os seguintes: perder a calma, discussão com os adultos, desacato e recusa em obedecer às regras, comportamento incomodativo e a atribuição de responsabilidade aos outros pelos erros pessoais, irritabilidade, raiva e espírito vingativo.

Segundo Luiselli (2005), antes da puberdade, o transtorno ataca mais pessoas do sexo masculino e se torna mais ameno após esse período. O TDO é facilmente confundido com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou pelo menos diagnosticado como comorbidade, pois o excesso de atividades, a dificuldade de se acalmar e a reatividade extrema são comportamentos triviais do TDAH. Outras comorbidades comuns são transtornos da comunicação e de aprendizagem.

Pardini e Fite (2010) avaliaram semestralmente por 2 anos os comportamentos de TDO e verificou que crianças com sintomas elevados de Transtorno Desafiador de Oposição exibiram dificuldades comportamentais graves no futuro, incluindo problemas criminais quando adultas.

É importante ressaltar que o Transtorno Desafiador de Oposição e o Transtorno da Conduta apresentam o maior indicador nas pesquisas experimentais realizadas, em comparação com todos os outros transtornos mentais da infância e adolescência (Chambless & Ollendick, 2001).

Portanto, o diagnóstico diferencial é muito importante desde que realizado por meio de instrumentos de avaliação, como testes, escalas ou inventários de personalidade de autorrelato, por exemplo.

2.2.2 - Transtornos do Humor

Os Transtornos do Humor (TH) referem-se aos transtornos que possuem como sintoma primordial a perturbação do humor (APA, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a depressão grave ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas dessa patologia, mas a estimativa é de que, nos próximos 20 anos, seja a segunda das principais causas de doenças em nível mundial. De acordo com Kandel (2000), 5% da população mundial padecem de depressão maior, doença que pode enfraquecer o indivíduo, pois muitos deixam de se alimentar e de se cuidar. Em média, 70% dos pacientes que tiveram um surto depressivo em algum momento terão outro episódio no decorrer da vida.

Por outro lado, em torno de 25% das pessoas que sofrem de depressão maior compreendem um episódio maníaco como comorbidade. Casos como esses são diagnosticados como transtornos bipolares e comprometem homens e mulheres igualmente (Kandel, 2000). Além disso, segundo Zimmerman et al. (2000), a ansiedade e os distúrbios depressivos frequentemente incidem juntos. Essa comorbidade é vista em quase 50% das pessoas com esses transtornos. Outro evento bastante comum é a complexão de transtornos mentais agregados ao uso e à dependência de substâncias (Martins & Lopes, 2010).

Os transtornos do humor em crianças e adolescentes são bastante frequentes nessa faixa etária, apesar da ideia natural de se pensar na infância como uma fase tranquila e feliz, sem preocupações. Segundo Fu-I, Curatolo e Friedrich (2000), pesquisas têm mostrado que as crianças também sofrem muito de depressão. Emoções de tristeza em situações de perdas ou comportamentos de raiva derivados de sentimentos de frustração são, na maior parte, reações emocionais naturais e passageiras e não necessita conduzir a criança a um tratamento. Entretanto, dependendo da acuidade, da constância e da presença de outros sentimentos concomitantes, a tristeza e a irritabilidade podem ser sinais de transtornos do humor em crianças e adolescentes.

Alterações do temperamento com um intenso aspecto de irritação, tristeza, angústia, agressividade e súbitas mudanças de comportamento na criança e no adolescente, não justificadas por fatores de estresse, constituem quadros disfóricos que são presentes nos transtornos do humor. Essas alterações comportamentais e afetivas são de grande estima para a categorização dos transtornos afetivos (Martins & Lopes, 2010).

De acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2008), em função do aumento das taxas de depressão entre a população geral, essa doença obteve destaque na literatura, fato que contribuiu para a melhoria quantitativa e qualitativa nos estudos sobre o tema e, consequentemente, fez com que se destacasse a ênfase também em relação à depressão infantil. Apesar de serem notadas dissonâncias quanto aos resultados de investigações sobre esse assunto, há um ponto em comum na opinião dos estudiosos: a depressão acarreta inúmeros prejuízos ao cotidiano do afetado, o qual tem, consequentemente, deterioradas suas relações familiares e sociais (Fu I, Curatolo, & Friedrich, 2000; Harrington, 1993; Monteiro, Coutinho, & Araújo, 2007).

2.2.3 - Transtornos de Ansiedade

Ansiedade, preocupação e medos são frequentes na infância. Muitas queixas corporais e sintomáticas são experimentadas e vivenciadas ainda bem cedo. Segundo o modelo cognitivo, as crianças podem experimentar as mudanças nas cinco esferas de funcionamento quando ficam ansiosas que são: alterações psicológicas, de humor, comportamental, cognitivo e interpessoal. Normalmente, são queixas físicas já avaliadas por um pediatra sem causa fisiológica (Friedberg & McLure, 2004). Os Transtornos de Ansiedade (TAs) estão entre as doenças psiquiátricas mais triviais em crianças e adolescentes. Segundo Asbahr, (2004), avalia-se até 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso.

Segundo Friedberg e McLure (2004), os componentes emocionais da ansiedade em crianças e adolescentes são a preocupação, apreensão, pânico, medo e irritabilidade, muitas vezes relatados de forma mais poética e aflorada. Os sintomas comportamentais apresentam sinais mais claros de ansiedade sendo a evitação o sintoma mais presente atingindo custos e problemas conflituosos graves. Já os presságios cognitivos refletem a maneira como as crianças e adolescentes acondicionam informações com fortes distorções cognitivas.

Os TAs são reconhecidos como alguns dos transtornos mentais que podem causar fortes prejuízos funcionais imediatos no desenvolvimento natural da criança além de diminuir a autoestima e o desinteresse pela vida (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996; Walkup et al., 2008). A ansiedade conduz a criança ou adolescente no desenvolvimento de estratégias compensatórias com o intuito de evitar o contato com aquilo que lhe aterroriza (APA, 2002). Diferentemente dos adultos, crianças podem não distinguir seus temores como excessivos ou fora da realidade, especialmente as menores (Asbahr, 2004; Castilho, Asbahr, & Manfro, 2000).

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Asbahr, 2004; Caminha & Caminha, 2007; Castilho, Asbahr, & Manfro, 2000). Para Manfro et al. (2002), diferenciar ansiedade patológica de ansiedade natural, é preciso analisar se a reação ansiogênica é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Embora os métodos diagnósticos utilizadas para crianças e adolescentes sejam semelhantes àqueles utilizados com adultos, a avaliação e o tratamento da ansiedade patológica na infância são adaptados à idade e ao nível de desenvolvimento cognitivo e emocional do menor.

Os transtornos de ansiedade, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4^a edição (APA, 2002), abrangem o Transtorno de Ansiedade Generalizada, a Fobia

Social e Específica, a Agorafobia, o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, a Agorafobia Sem Histórico de Transtorno de Pânico, Transtorno de Estresse Agudo e Pós-Traumático, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Ansiedade de separação, Transtorno de Ansiedade social e o Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância. Existem também conflitos de ansiedade não específicos, como aqueles que são atribuíveis a uma etiologia médica (APA; 2002). Entretanto, o DSM-5, lançado na Reunião Anual da American Psychiatric Association (APA), em maio de 2013 (<http://www.dsm5.org>), apresenta algumas mudanças no processo diagnóstico.

Primeiro, o numeral romano tradicional foi excluído. Essa mudança representa o intuito da APA em desenvolver futuras revisões até que seja necessária uma nova edição. Essas atualizações acrescentadas serão identificadas com casas decimais, por exemplo, DSM-5.1, DSM-5.2, etc, até que seja necessária uma nova edição. Depois, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo no DSM-5, não estão mais inseridos no Transtorno de Ansiedade. Há também mudanças nos critérios para a agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social (anteriormente chamado de fobia social), pois foi retirada a exigência de que os indivíduos maiores de 18 anos de idade tinham ansiedade excessiva ou irracional. Além disso, a duração de 6 meses, que foi limitada a indivíduos menores de 18 anos no DSM-IV, é agora estendida para todas as idades. Esta mudança destina-se a minimizar os temores sobre diagnóstico transitórios (<http://www.dsm5.org>).

As características essenciais pertencentes ao Transtorno de Pânico permanecem inalteradas, embora algumas mudanças na terminologia do DSM-5 para descrever diferentes tipos de ataques de pânico. No DSM- IV-TR, o Transtorno de Ansiedade de separação e o Mutismo Seletivo foram classificados na seção "Transtornos Geralmente Diagnosticados na primeira infância, ou na adolescência (Outros transtornos da Infância ou Adolescência)" agora

é classificado como um Transtorno de Ansiedade e os principais critérios diagnósticos foram mantidos.

Em relação ao tratamento, diferentemente do que ocorre no tratamento de adultos, medicamentos psicoativos como antidepressivos e ansiolíticos não são avaliados como modelo terapêutica de primeira escolha; tais medicamentos são apenas indicados particularmente quando os sintomas são claros, fortes e intervêm no desempenho total do indivíduo, atuando como alívio imediato do desconforto físico e subjetivo (Kendall, Asbahr, Ito & Chouldhury, 2004).

Portanto, a avaliação precoce dos transtornos de ansiedade poderá impedir consequências negativas na vida da criança, como o absenteísmo e o desinteresse escolar, o abuso de drogas, o emprego demasiado de serviços públicos de pediatria por queixas somáticas derivadas da ansiedade e, provavelmente, o surgimento de problemas psiquiátricos na fase adulta.

3- Avaliação Diagnóstica e a Conceitualização de Caso

3.1 - Avaliação Diagnóstica

O significado da palavra diagnóstico origina-se do termo grego “diagnóstikós”, que denota discernimento, capacidade de conhecer, de “ver através de”. Ultimamente, tal termo vem sendo empregado como um estudo aprofundado com o intuito de apreciar determinados prodígios ou acontecimentos, por meio de vários processos teóricos, técnicos e metodológicos. Inicialmente empregado na Medicina, “diagnóstico” foi agregado aos discursos e aos métodos profissionais de diversas áreas profissionais. Na esfera da Psicologia, contudo, as técnicas de Avaliação Psicológica, que auxiliam no processo de Psicodiagnóstico, trouxeram, e ainda trazem, um papel essencial na concepção e compleição da identidade profissional do psicólogo, com um foco na existência ou não de psicopatologia (Ancona-Lopez, 2002; Araujo, 2007; Cunha, 2000).

Conforme Arzeno (2003), Cunha (2000), Ocampo et al. (2005); Rangé (2011) e Trinca (1984), a avaliação psicológica é feita com propósitos clínicos, visa a identificar critérios breves e universais no funcionamento psicológico, com princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas; alguns exemplos são: entrevista e observações clínicas; testes psicológicos; escalas de autorrelato; técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica (jogos, desenhos, contação de histórias). A seleção das técnicas e dos instrumentos utilizados deverá estar consoante com o referencial teórico, com o objetivo (educacional, clínico, profissional, forense etc.) e com o intuito (diagnóstico, indicação para tratamento ou prevenção).

3.2 - Conceitualização de Caso

A conceitualização de caso, conceituação cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso, é um tipo de modelo que orienta o psicólogo no processo a ser realizado com o paciente (J. Beck, 1997). A conceitualização cognitiva é a porta de acesso ao desenvolvimento do tratamento psicoterápico. De acordo com Rangé (2011), formular um caso é construir um modelo, uma reprodução esquemática do problema vivido pelo paciente e estruturar suas implicações diretas e indiretas, de maneira que tal coleta de dados deverá ser realizada com a família, com a escola e com a criança.

Assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) inicia-se com a anamnese da criança ou paciente, como ocorre, normalmente, com todo processo psicoterápico em sua primeira sessão. A avaliação e a construção da formulação de caso são construídas com base em um modelo de tratamento com a finalidade de compreender cada cliente em sua singularidade, dando assistência no desenvolvimento de estratégias terapêuticas ao longo do tratamento (Kuyken, Fothergill, Musa, & Chadwick, 2005; Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006).

Para Knapp e Rocha (2003), é um processo de formulação de caso conforme o modelo cognitivo das emoções, pensamentos e comportamentos e as suas inter-relações. Portanto, é a compreensão e estruturação dos traços cognitivos dos sujeitos nos distintos transtornos mentais, com o intuito de aprimorar o tratamento, auxiliando o terapeuta na aquisição de um entendimento mais vasto e profundo do paciente, em vez de meramente vê-lo como um conjunto de síndromes e diagnósticos psiquiátricos. Diversos autores (Bieling & Kuyken, 2003; J. Beck, 1997; J. Beck, 2007; Kuyken et al., 2005; Persons et al., 2006) recomendam a formulação de caso como o cerne, o componente fundamental para o processo da TCC.

Segundo Persons e Davidson (2010), a formulação de caso é uma ferramenta empírica para um trabalho clínico. É uma hipótese sobre os mecanismos psicológicos e outros fatores, os

quais causam e mantêm distúrbios e problemas de um paciente em particular. A formulação é usada para desenvolver um plano de tratamento e obter informações relatadas pelo paciente (consentimento informado). Depois de obter essas informações, o terapeuta seguirá com o tratamento. Em cada etapa do processo terapêutico, o psicólogo retorna repetidamente para a fase de avaliação, ou melhor, o terapeuta recolhe dados para monitorar o processo e o progresso da terapia usando esses dados para testar as hipóteses (formulações) que sustentam o plano de intervenção, de forma a revisá-las quando necessário. Sendo assim, de acordo com Persons e Davidson (2010), os quatro elementos para a formulação de caso na TCC são: (1) a avaliação para obter uma formulação de diagnóstico e caso, (2) o planejamento do tratamento e obtenção das informações concedidas pelo paciente para o plano de tratamento, (3) o tratamento e (4) o monitoramento contínuo e teste das hipóteses.

Na conceitualização de casos infantis, o terapeuta usará como modelo o mesmo dos adultos, embora haja diferenças significantes na condução das entrevistas, a formulação de caso é fundamental para nortear o tratamento e o manejo clínico seguinte (Caminha & Caminha, 2007; Rangé & Silvares, 2001; Reinecke, Dattilio & Freeman, 1999). Para Rangé (2011), no modelo da TCC, o ponto de partida são as emoções, as quais as crianças têm maior facilidade de identificar e monitorar. Portanto, a identificação das emoções seria um modo de acessar conteúdos de pensamentos disfuncionais na criança, conduzindo o terapeuta a uma avaliação e conceitualização de caso mais eficazes. Para Caminha e Caminha (2007), a conceitualização de caso na infância deverá ser realizada diante do comportamento problema apresentados pela criança, ou relatados pelos pais, fato ocorrido durante o convívio com a família e nos ambientes aos quais está inserida. Segundo os mesmos autores, é a partir da formulação de caso que o terapeuta será capaz de identificar as capacidades cognitivas essenciais apresentadas pela criança e aperfeiçoá-las na terapia. Esse processo poderá ter a duração entre 3 e 5 sessões e deverá incluir todos os familiares da casa para a coleta de dados,

desde babás até professores. Isso demonstrará a maneira que o cliente funciona e a forma que a terapia irá atuar.

Desse modo, o objetivo da conceitualização cognitiva é assinalar hipóteses mais explanatórias que expliquem a inter-relação entre os sintomas e os contextos levantados; assim sendo, teoricamente inferidos, muitas vezes através de escalas de autorrelato, diagramas de automonitoramento e descrição dos problemas. Portanto, o processo de coleta dos dados inicia-se com uma cadeia de entrevistas posteriormente concluídas com instrumentos estandardizados de avaliação e medida.

De acordo com Rangé (2004), é essencial avalizar que a conceitualização atenda os critérios de utilidade, simplicidade, coerência teórica, elucidando comportamentos passados, encontrando significado nas condutas presentes com competência para predizer comportamentos posteriores. Após a concretização de tal conceitualização, observa-se um acréscimo da motivação e do entendimento de todo o processo psicoterápico por parte do cliente e do terapeuta.

Persons e Davidson (2010) relatam que a avaliação é necessária para obter um excelente diagnóstico, pois é um processo inicial da conceitualização de caso. Vários autores (Bunge, Gomar & Mandil 2012; Caminha & Caminha, 2007; Dobson, 2006; Friedberg & McClure, 2004; Friedberg, McClure & Garcia, 2011), também compartilham dessa ideia. Segundo esses autores, o terapeuta inicialmente recolhe dados de avaliação para desenvolver um diagnóstico para, enfim, realizar uma formulação de caso inicial. Para obter essa informação, o terapeuta usa entrevistas, dados de autorrelato do paciente e de outras fontes, incluindo relatórios de membros da família e outros clínicos; por fim, reúnem-se vários elementos essenciais para o tratamento, desde técnicas a informações concedidas pelo cliente.

Portanto, é preciso evidenciar que conceitualização de caso é uma tarefa clínica mais ampla que o diagnóstico e inclui esse último como um componente do processo de

formulação de caso; porém, sem atribuir peso excessivo a sua importância, pois os sistemas de classificação diagnóstica resumem os sintomas em critérios breves e universais e, além disso, as conceitualizações de caso são figuras psicológicas individualizadas (Friedberg & McClure, 2004).

De acordo com Lopes, J.; Lopes, R. e Lobato (2006), aceitar o diagnóstico classificatório na abordagem cognitiva não significa o abandono da intersubjetividade, pois a conceitualização cognitiva ao trazer os esquemas do paciente/crianças e adolescentes que são as estruturas que nos influenciam, organizadoras das informações, o olhar personalizado do terapeuta se estabelece, buscando a mudança do comportamento disfuncional do paciente.

4- Inventários Beck de Autorrelato

A teoria/terapia cognitiva (TC), iniciada com estudos de Aaron Beck, promoveu profundas mudanças na psiquiatria e na psicologia, de forma a colaborar para o tratamento de uma ampla variedade de transtornos (Leahy, 2010).

Em termos diagnósticos, a TC faz uso de escalas psicométricas e de outros instrumentos; por exemplo, em 1961, Beck desenvolveu as Escalas de Ansiedade (BAI) e de Depressão de Beck (BDI), consideradas como dois dos instrumentos mais utilizados para medir e identificar os sintomas da depressão (J. Beck, 1997). Existem três versões da escala BDI: a BDI original, publicada em 1961 e revisada em 1978; a BDI-1A e a BDI-II, publicada em 1996.

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory) consiste em um questionário de autorrelato utilizado para mensurar a intensidade de episódios de depressão, raiva, ansiedade, estados de humor e patologias de autoconceito. Vale observar que essa escala é amplamente utilizada tanto em pesquisas como em clínica. Segundo Leahy (2010), parafraseando Beck, essas mensurações sugerem o uso da teoria e da terapia cognitivas buscando a prevenção, a identificação e o tratamento dos problemas, posto permitirem identificar precocemente sintomas, tais como pensamentos negativos sobre si, sobre a vida e o sobre futuro; sentimentos de tristeza e culpa; distúrbios do sono. Além disso, refletem, nas crianças e adolescentes, as preocupações com o desempenho escolar e as reações negativas dos outros, o medo de perder o controle, sintomas psicológicos associados à ansiedade; pensamentos e comportamentos associados à desordem; dentre outros. Existem três versões da escala: a BDI original, publicada em 1961 e revisada em 1978; a BDI-1A; e a BDI-II, publicada em 1996.

A BDI original, publicada em 1961, consistiu em um questionário contendo vinte e um itens que versavam sobre como o indivíduo sentiu-se na última semana, sendo que cada

questão apresentava pelo menos quatro possibilidades de respostas, variando em intensidade. Já a segunda versão, o BDI-II consistia em uma revisão do instrumento original, do qual foram retirados itens com a mesma pontuação, de modo que passou o indivíduo a responder sobre a qualidade do seu humor nas duas últimas semanas.

A terceira e última versão, o BDI-II, resultou da revisão realizada em 1996, a partir da qual, itens que envolviam mudanças em imagem corporal, hipocondria e dificuldade para trabalhar foram substituídos; todavia, os itens atinentes a sono e apetite foram alterados para mensurar tanto aumento quanto a redução desses dados. Apenas os itens referentes à sensação de estar sendo punido, pensamentos suicidas e interesse sexual não receberam revisão.

O BDI foi originariamente concebido para o fim de verificar uma medida quantitativa da intensidade dos inventários de depressão, de ansiedade, de raiva, de comportamentos perturbadores e de autoconceito, podendo também ser utilizados para fazer monitoramento das mudanças e assegurar medidas efetivas para mensurar a melhora ou a efetividade do tratamento (Gorestein & Andrade, 2011).

Por outro lado, segundo Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008), a Escala de Ansiedade de Beck foi desenvolvida para o fim de avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade em pacientes portadores de depressão. Essa escala foi cuidadosamente elaborada, sendo composta por 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas da ansiedade; contudo, sem serem confundidos com os sintomas da depressão. Assim, essa escala torna-se útil para diferenciar a ansiedade da depressão, mas também para esclarecer resultados de pesquisa e investigações teóricas das duas síndromes.

Beck elaborou ainda, em 2001, o Beck Youth Inventories para crianças e adolescentes com idade entre 7 e 14 anos, validadas e traduzidas para o idioma dinamarquês, francês e polaco (Mathiak, Karzel, Ocypa, Seget, Mathiak, & Ostaszewski 2007; Thastum, Ravin, Sommer, & Trillingsgaard 2009). Depois em 2005, o Beck Youth Inventories - Second

Edition (BYI-II) voltado para crianças e adolescentes com idades entre 7 a 18 anos foi organizado. Se trata de um inventário de cinco autorrelatos que podem ser utilizados separadamente ou em combinação para o fim de avaliar sintomas em cinco áreas específicas que são as seguintes (Beck, J., et al., 2005):

- Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y): permite a identificação precoce de sintomas de depressão e inclui itens relacionados a crianças e adolescentes sobre pensamentos negativos quanto à vida, sobre si e o futuro, além de sentimentos de tristeza e culpa, e distúrbios do sono.
- Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y): demonstra preocupações específicas de crianças e adolescentes sobre o desempenho escolar, o futuro, as reações negativas dos outros e medos, incluindo a perda de controle e os sintomas fisiológicos associados à ansiedade.
- Beck Anger Inventory for Youth (BANI-Y): avalia a criança ou o adolescente em relação a pensamentos quando são tratados injustamente por outros, seus sentimentos de raiva e ódio.
- Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y): identifica os pensamentos e comportamentos associados ao transtorno de conduta e de comportamento opositivo-desafiador.
- Beck Self-Concept Inventory for Youth (BSCI-Y): avalia cognições de competência, potência, e autoestima positiva.

Segundo Beck, J; Beck, Jolly, e Steer (2005), os itens do BDI-Y e do BAI-Y estão alinhadas aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, de maneira a facilitar o julgamento clínico.

Já o BDBI-Y é bastante inovador na medida em que prevê a possibilidade de diferenciar os sentimentos e as cognições associados aos sintomas os quais se relacionam aos critérios do

DSM-IV-TR para Transtorno Desafiador Opositivo e do Transtorno de Conduta (Beck, J., Beck, A., Jolly, & Steer, 2005).

Segundo Gorestein e Andrade (2011), alguns benefícios podem ser verificados ao se utilizarem as Escalas Infantis de Beck (BDY-II) como, por exemplo: identificar crianças com dificuldades para encaminhamento aos serviços de avaliação mais extensos; identificar a vulnerabilidade potencial para vitimização; avaliar adolescentes com necessidades especiais e baixo nível de leitura, assegurar medidas efetivas para mensurar a melhora ou a efetividade do tratamento, dentre outros.

Contudo, a despeito das outras escalas de Beck, as dos inventários BYI-II ainda não foram validadas no Brasil, onde as pesquisas sobre essas novas escalas são muito incipientes e ela seria, portanto, uma excelente ferramenta norteadora para o clínico, que têm a finalidade de alinhar a sua avaliação com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR).

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi construir uma revisão sistemática da produção científica nacional e internacional de três inventários do Beck Youth Inventory (BYI-II) que são: o Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), o Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) e o Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y).

MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma Revisão Sistemática Qualitativa Descritiva. A revisão sistemática é um procedimento científico eficiente e reproduzível, que possibilita avaliar a consistência de cada estudo e explicar as possíveis incoerências e conflitos. Além de que, é um método que aumenta a precisão dos resultados, melhorando a exatidão das estimativas de certa intervenção clínica (Mulrow, 1994).

Segundo Oliveira (1999), a pesquisa qualitativa é uma tentativa de explicar de maneira profunda o significado das informações obtidas sem a mensuração quantitativa de características ou de comportamento. Descritiva, pois de acordo com Gil (2008), pesquisas descritivas têm como finalidade a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Ela pretende decifrar e observar os fenômenos, com o objetivo de delinear, classificar e interpretar (Rudio, 2003). E o pesquisador aprecia o fenômeno de forma consciente e abrangente sem modificá-lo (Gaio, 2008). Enfim, a grande contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (Gil, 2008).

Em consonância com a metodologia descrita acima, os métodos utilizados para a realização desta pesquisa, consistiu da análise de artigos publicados em variadas bases de dados na internet. Tal meio de divulgação científica é prático, interativo e dinâmico; por isso, tornou-se consolidado, daí a escolha por tal método. Os dados on line, além disso, facilitam a difusão de pesquisas contemporâneas: o periódico científico (Sampaio & Sabadini, 2009) o qual, apesar de destinar-se a um público e temáticas específicos, quando combinados os dados, pode ser considerado a opção mais eficiente para o empreendimento de uma revisão sistemática da literatura mais abrangente.

1- Material

Para o levantamento dos artigos, foram realizadas buscas eletrônicas em seis diferentes bases de dados, a saber: PsycINFO (American Psychological Association - APA); Springerlink, ScienceDirect – Elsevier; Google Acadêmico; SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MedLine-PubMed (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Tal seleção justifica-se por serem reconhecidas, após um rigoroso processo de avaliação, pela indexação dos principais periódicos científicos atuais. Em função disso, essas bases vêm sendo utilizadas em revisões sistemáticas da literatura nas áreas de saúde e psicologia, tais como aquelas realizadas por Martins e Lopes (2010), Majewski et al. (2012); Passarela, Mendes e Mari (2010) e Santos e Vieira (2011).

A revisão de literatura foi operacionalizada em 24 a 27 de setembro de 2013, e executadas a partir da utilização de um único descriptor, a saber: “Beck Anxiety Inventory for Youth”, “Beck Depression Inventory for Youth” e “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”. As bases de dados ScienceDirect – Elsevier, SciELO, Springerlink, PsycINFO e a MedLine-

PubMed foram configuradas para localizar as referências que apresentavam os descritores, em todos os índices sem a especificação dos campos de busca. Nenhuma procura delimitou na busca das palavras do Título e/ou do Resumo, pois restringiria de modo extremo a busca das referências. Já na base de dados do Google Acadêmico os descritores foram os mesmos, mas foram utilizadas algumas delimitações como a busca por páginas em português e configuradas para localizar as referências publicadas entre 2004 e 2013. Desse modo, o procedimento em questão viabiliza a execução de buscas detalhadas e mais específicas, tornando-as mais eficientes.

2- Procedimento

Inicialmente, foram analisados os títulos dos artigos com o intuito de eliminar referências repetidas, em cada busca. Em seguida, os resumos anexados foram selecionados e uma leitura prévia dos mesmos determinou a seleção do material necessário para as revisões. Essa análise seguiu os seguintes critérios de inclusão: I) todas as palavras do descritor presentes no corpo do texto; II) idioma de publicação - artigos publicados na íntegra em língua inglesa, espanhola e portuguesa; III) formato - somente as referências publicadas como artigo, relato de experiência ou revisão da literatura científica foram selecionadas. Consequentemente, foram descartadas as referências publicadas como livro, capítulo de livro, dissertação, tese, resenha, resumo ou carta ao editor; IV) referências repetidas em outras bases serão selecionadas apenas em uma base, sendo descartadas nas outras e V) referências que estavam relacionadas ao tema, tendo como critério norteador do estudo o enfoque sobre o uso do Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y), do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y) e do Beck

Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y) além de estudos que empregam esses instrumentos na área clínica e da saúde em geral.

Utilizando os critérios para inclusão das referências, os artigos selecionados foram recuperados na íntegra, formando o corpus que delimitou o material de análise. Posteriormente, foi feito um tabelamento do material e os achados dessa organização foram analisados seguindo a identificação de dez dimensões de análise, a saber: (1) Autores/Ano de publicação; (2) País da Publicação; (3) Periódico/ Volume; (4) Palavras-chave; (5) Critérios de inclusão e exclusão/amostra; (6) Tipo de Intervenção; (7) Objetivo do estudo; (8) Instrumentos utilizados para avaliação; (9) Resultados e (10) Conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1- Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

1.1 - Apreciação Quantitativa das Referências

A base de dados PsycINFO possibilitou identificar um total de 40 artigos relacionados com o descritor. Entretanto, após a aplicação dos critérios de inclusão, todos foram excluídos, pois a maioria se referia aos inventários de Beck 1^a edição ou eram da 2º edição para adultos. Na Springerlink, a busca resultou em 7 referências de estudos publicados em periódicos dos quais 3 foram selecionados. Para a base de dados ScienceDirect - Elsevier foram encontrados 14 artigos, sendo apenas 7 selecionados. No Google Acadêmico a busca resultou em 106 referências, e 8 foram escolhidas, porém 7 publicações já tinham sido selecionadas nas outras bases como a Springerlink e a ScienceDirect – Elsevier, aproveitando apenas 1 referência. Já nas bases SciELO e Medline/PubMed foi encontrado apenas 1 artigo com o descritor “Depression Inventory for Youth” em cada base, no entanto após critérios de inclusão, as duas referências foram excluídas.

Assim, os dados da revisão de literatura foram tabelados, resultando num total de 11 artigos. A Tabela 1 apresenta o percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y).

Tabela 1: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y).

Base de dados	Descritores	Limites	Nº de referências encontradas	Após Critérios de seleção (5 Critérios)	Nº de referências selecionadas	Dimensões de análise (10 Dimensões Apêndices)
PsycInfo	“ Beck Depression Inventory for Youth ”	Todos os índices.	40		0	
Springerlink	“Beck Depression Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	7		3	
ScienceDirect – Elsevier	“Beck Depression Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	14		7	
Google Acadêmico	“Beck Depression Inventory for Youth ”	- Com a frase exata; - Referências publicadas entre 2004 e 2013	106		1	
Scielo	“Beck Depression Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	1		0	
Medline/PubMed	“Beck Depression Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	1		0	
Total			169		11	

1.2 - Apreciação Qualitativa das Referências

A avaliação da primeira dimensão (Autores/Ano de publicação) foi escolhida pelo fato de que, durante o processo de seleção, observaram-se referências com autores repetidos. Dos 11 artigos, três referências (Gardner & Epkins, 2012; Epkins, Gardner & Scanlon, 2013; Scanlon & Epkins, 2013) eram de autores repetidos, apesar de a ordem de importância dos articulistas ser variável. Outros dois artigos também eram de mesmos autores, variando a ordem de importância de cada autor na publicação que são: O'Haver, Jacobson, Kelly e Melnyk (2013) e o artigo de Melnyk, Kelly, Jacobson, Belyea, Shaibi, Small, O'Haver, Marsiglia (2013). Já as referências de Davis & Humphrey (2011) e Davis & Humphrey (2012) apresentaram dois artigos com contextos semelhantes. As quatro referências restantes (Anne Scott Stiles, 2010; Benavides e Caballero, 2009; Gow, Vallee-Tourangeau, Crawford, Taylor ,Ghebremeskel, Bueno, Hibbeln, Sumich, Rubia . 2013; Chen, Mei-Fang Chen, Te-Sheng Chang, Yuan-Shun Lee, Hsin-Ping Chen, 2010) são a partir do ano de 2009, sendo que os autores e os assuntos diferenciam-se.

Ao partir para a segunda dimensão de análise (País da Publicação), observa-se que a maioria da produção científica desta revisão é oriunda dos Estados Unidos da América. Apenas dois artigos são pesquisas realizadas na Inglaterra, com as escalas estadunidenses; isso acontece, pois os inventários são americanos e, no decorrer desta revisão, encontramos apenas uma referência (Chen, et al. 2010) em que há relato do uso dos Inventários Beck adaptados e validados para Taiwan.

A Dimensão Periódico/Volume teve o objetivo de avaliar as revistas que mais divulgam as pesquisas sobre o BDI-Y. Percebe-se que os periódicos Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing; Complementary Therapies in Clinical Practic; Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA); Journal of Pediatric Health Care;

Contemporary Clinical Trials; Journal of Adolescence; Journal of Child and Family Studies; Child & Youth Care Forum – Springer e o Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment tiveram mais ênfase em conteúdos de psicologia infantil, educação/psicologia educacional, antropologia médica, pediatria, psicologia pediátrica, psiquiatria, política pública, considerando que abordam todos os aspectos de transtornos emocionais, incluindo questões relacionadas com a identificação, diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção. Além disso, conteúdos que abordam as diferenças individuais, os processos de personalidade, de inteligência e facetas específicas da natureza humana, como criatividade e agressividade, apresentam técnicas como as seguintes: modelagem estrutural, psicometria, análise de escalas e uso de abordagens da psicologia evolutiva; tais técnicas foram as mais utilizadas no periódico Personality and Individual Differences pelo fato de ter publicado dois artigos entre os selecionados.

A quarta dimensão (Palavras-chave) foi selecionada, pois são as palavras características do tema e servem para indexar o artigo; são os termos mais peculiares e comuns, que mais identificam e caracterizam o trabalho publicado. Elas facilitam o trabalho de indexação e seu emprego inadequado dificulta a relação do assunto durante a busca. Percebe-se que as Palavras-chave são muito distintas. Os termos mais presentes foram Depression, Adolescence e Children, e permitiram identificar de imediato o tema principal do artigo ao longo da leitura do resumo e das Palavras-chave.

Os Critérios de Inclusão e Exclusão estabeleceram o tamanho de amostra desde 1 sujeito até 31.734 crianças e adolescentes. Todos os autores incluíram crianças, desde bebês até adolescentes com 17 anos. Enquanto alguns autores como Benavides e Caballero (2009) e Gow et. al. (2013) incluem crianças com problemas psiquiátricos como TDAH e com tendência diabete tipo II, outros, como Melnyk et. al. (2013); O'Haver, Jacobson, Kelly & Melnyk (2013); Stiles(2010), incluem apenas crianças saudáveis, e excluem mães de recém-

nascidos com anomalias congênitas, crianças com doenças crônicas, crianças com QI abaixo de 70, ou mães que viveram fora de um raio de 75 milhas do pesquisador. Dois estudos (Gardner & Epkins, 2012 e Epkins, Gardner & Scanlon, 2013) apresentaram a mesma quantidade de sujeitos (125) e os mesmos critérios de inclusão e exclusão.

A sexta dimensão de análise (Tipo de Intervenção), foi compreendida por programas de visitas domiciliares, escolares e filmagens das interações mãe/filho com objetivo de incentivar a interação ágil e sensível. Além disso, em algumas referências como o de Benavides e Caballero (2009) e Melnyk et. al (2013), foram apreciadas atividades físicas como ioga e educação física, com o intuito de desenvolver comportamentos saudáveis, saúde mental e competências sociais. As intervenções tinham como suporte o modelo cognitivo-comportamental vistos em Melnyk et. al (2013) e Stiles (2010). O restante dos artigos não apresentou um plano de intervenção, de modo que os autores desenvolveram estudos experimentais com abordagens quantitativas por meio de testes psicométricamente desenvolvidos para medir e investigar várias características das crianças e adolescentes, desde doenças e suas relações com a inteligência emocional, traços individuais, até avaliar habilidades cognitivas e comportamentais, crenças, emoções, pensamentos e comportamentos saudáveis.

O objetivo do estudo foi a sétima dimensão analisada nesta revisão. Essa dimensão é uma análise básica e indica qual o objetivo que os artigos buscaram diante da pesquisa estudada. Nenhuma referência selecionada teve a finalidade de validar e/ou analisar a confiança dos dados da BDI-Y. Todas as referências utilizaram a escala para medir o grau de depressão, correlacionando outras escalas e medidas em crianças e adolescentes com hiperatividade, doenças congênitas, traços individuais e comorbidades.

Apenas 3 referências - Benavides e Caballero (2009); Melnyk et. al. (2013); Stiles (2010) - tiveram o objetivo de construir programas para avaliar o sujeito pré e pós-intervenção. Já os 8

artigos restantes (Chen, 2010; Davis & Humphrey, 2011; Davis & Humphrey, 2012; Gardner & Epkins, 2012; Epkins, Gardner & Scanlon, 2013; Gow et al., 2013; O’Haver, Jacobson, Kelly & Melnyk, 2013; Scanlon & Epkins, 2013;), tiveram como objetivo identificar efeitos e características comportamentais, emocionais, físicas e de gênero em seus estudos.

É preciso comentar que, diferente do estudo de Epkins, Gardner e Scanlon (2013), Gardner e Epkins (2012), buscaram-se avaliar se: 1) a ansiedade e ruminação (e não a sensibilidade à ansiedade) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à depressão de meninas e 2) se depressão e sensibilidade à ansiedade (e não ruminação) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à ansiedade das meninas.

Com relação aos instrumentos utilizados para a avaliação, foram encontradas pesquisas que utilizaram desde observação de sessões com a aplicação de testes e exames médicos, reuniões de aconselhamento com intuito de desenvolver tanto material informativo para o paciente quanto avaliações padronizadas.

O Inventario Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y) foi utilizado em todos os estudos, sempre correlacionado a outras escalas e seu grau de importância foi tratado na maioria dos artigos. Para Benavides e Caballero (2009), Melnyk et. al. (2013) e Stiles (2010), por exemplo, as escalas BDI-Y foram essenciais no exame pré e pós-teste. Nos artigos de Gardner e Epkins (2012) e Epkins, Gardner e Scanlon (2013), mesmo apresentando dimensões muito parecidas, no estudo experimental de Gardner e Epkins (2012), foram utilizados 3 instrumentos (Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II), Parental Acceptance and Rejection Questionnaire (PARQ) e Ruminative Response Scale (RRS)) para avaliar as relações entre ruminação e a sensibilidade à ansiedade e depressão nas crianças e nas mães, e as suas vulnerabilidades cognitivas.

Diante dos resultados e conclusões apresentadas, os temas investigados mais frequentes foram: depressão e ansiedade, funcionamento psicossocial das crianças com dados biológicos médicos.

Em Stiles (2010), concluiu-se, com os resultados, que o nível de depressão foi avaliado através dos resultados do BDI-Y administrado antes da intervenção e comparados com os que são administrados após a intervenção. Em Scanlon e Epkins (2013), a rejeição materna está relacionada à depressão infantil. Benavides e Caballero (2009) concluíram que a Yoga é uma alternativa para perda de peso em crianças e adolescentes. Davis e Humphrey (2011) finalizaram o estudo com a ideia de que a Inteligência Emocional (EI) pode não ser universalmente vantajosa, porque a EI não conseguiu modificar os efeitos de eventos cumulativos negativos da vida. Já Gow et al. (2013) atestou que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA - ácido eicosapentaenoico e DHA - ácido docosahexaenoico, foram associados com escores mais altos de traços relacionados a comportamentos insensíveis e antissociais em crianças com TDAH - déficit de atenção e hiperatividade.

Para O'Haver, Jacobson, Kelly e Melnyk (2013), as crianças com maior IMC relataram dificuldade em viver num estilo de vida mais saudável. Esta dificuldade percebida afetou as capacidades das crianças em fazer escolhas benéficas à saúde. Portanto, a pesquisa concluiu que raça/etnia e status socioeconômico, podem estar relacionados com os recursos disponíveis para o tratamento de problemas de saúde mental em crianças. Consoante Chen (2010), os resultados suportaram a importância de ver a realidade de gênero a partir de uma perspectiva de desenvolvimento. Os resultados revelaram que houve diferenças na personalidade. Os meninos apresentaram maiores comportamentos de violar regras e as meninas mostraram mais emoções negativas, como depressão e ansiedade. A magnitude e direções das diferenças de gênero para a maioria das habilidades cognitivas variou de acordo com as faixas etárias.

Melnyk et. al. (2013), identificou a necessidade de implementar um programa de estilo de vida saudável e promover a alimentação saudável, com atividades física e estratégias positivas para lidar com os estressores. E no estudo de Davis & Humphrey (2012), os resultados demonstraram que pessoas com baixa autocompetência emocional não consegue colocar seu conhecimento emocional em ação.

As tabelas 2, 3 e 4 estão no APÊNDICE A e caracterizam cada um dos estudos escolhidos para a realização da revisão com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, de acordo com as dimensões de análise, quanto ao título do artigo, autores, país da publicação, periódico, volume, palavras-chave; critérios de inclusão e exclusão/amostra; tipo de intervenção, objetivo do estudo; instrumentos utilizados para avaliação; resultados e a conclusões dos mesmos.

2- Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y)

2.1- Apreciação Quantitativa das Referências

As buscas eletrônicas nas bases de dados resultaram em 78 referências, sendo 15 delas na PsycINFO, 11 na Springerlink, 6 na ScienceDirect – Elsevier e 46 no Google Acadêmico. A base de dados PsycINFO possibilitou identificar, dos 15 artigos relacionados ao tema, apenas 1 ligada ao assunto. Na Springerlink, dos 11 estudos publicados, 4 foram selecionados. Para a base de dados ScienceDirect – Elsevier, foram selecionados 6 artigos, sendo todos escolhidos para análise. Já no Google Acadêmico, das 46 referências localizadas, 4 eram pertinentes ao assunto; entretanto, todas foram selecionadas nas outras bases como a PsycINFO, Springerlink e a ScienceDirect – Elsevier. Por fim, em relação às bases SciELO e MedLine-PubMed, não foi encontrado nenhum artigo com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”.

Sendo assim, apenas 11 das 78 referências localizadas foram consideradas pertinentes ao presente estudo, a saber: Affranti, Geronimi e Woodruff-Borden (2013), Benavides e Caballero (2009), Chen et al. (2010), Conners-Burrow et al. (2013), Epkins, Gardner e Scanlon (2013), Gardner e Epkins (2012), Gow et al. (2013), Melnyk et al. (2013), Neath et al. (2013), O’Haver et al. (2013) e Scanlon e Epkins (2013). Vale destacar que nenhuma dessas referências é de autoria de pesquisadores brasileiros. A Tabela 3 apresenta o percurso de seleção dos artigos da revisão, cujas referências foram avaliadas qualitativamente seguindo algumas dimensões de análise.

Tabela 5: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y).

Base de dados	Descritores	Limites	Nº de referências encontradas	Após Critérios de seleção (5 Critérios)	Nº de referências selecionadas	Dimensões de análise (10 Dimensões Apêndices)
PsycInfo	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	Todos os índices.	15		1	
Springerlink	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	11		4	
ScienceDirect – Elsevier	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	6		6	
Google Acadêmico	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	- Com a frase exata; -Referências publicadas entre 2004 e 2013	46		0	
Scielo	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	0		0	
Medline/PubMed	“ Beck Anxiety Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	0		0	
Total			78		11	

2.2 - Apreciação Qualitativa das Referências

A primeira dimensão (Autores/Ano de publicação) aponta que 8 das 11 referências selecionadas foram do ano de 2013; além disso, os principais autores são professores universitários, dos quais, 2 possuem o título de Phd (Conners-Burrow et al., 2013; O’Haver et al. 2013). Além do fato de serem publicações atuais, essa dimensão para análise foi escolhida, pois, durante o processo de seleção, algumas referências apresentavam os mesmos autores, como exemplo: Epkins, Gardner e Scanlon (2013); Gardner e Epkins (2012); Scanlon e Epkins (2013), as quais tiveram apenas sua ordem de importância invertida. Vale destacar que esses estudos foram selecionados na revisão do inventário BDI-Y.

Em relação ao País de Publicação, dos 11 estudos, 9 são dos Estados Unidos da América, 1 do Canadá e a última do Taiwan; contudo, a maioria das referências é publicada no idioma americano, posto utilizarem escalas estadunidenses. O processo de validação foi cogitado em apenas em uma referência (Chen, et al., 2010), descrevendo o uso dos “Inventários Beck para crianças e adolescente segunda edição”, adaptado e validado para o Taiwan.

Com relação à dimensão Periódico/Volume, o objetivo foi analisar os periódicos que mais propagam as pesquisas sobre o Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y). As revistas selecionadas foram: Emotion; Complementary Therapies in Clinical Practic; Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA); Journal of Pediatric Nursing; Personality and Individual Differences; Journal of Pediatric Health Care; Child Psychiatry and Human Development; Contemporary Clinical Trials; Journal of Child and Family Studies; Child & Youth Care Forum – Springer e o Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.

A maioria dos periódicos era interdisciplinar, no total, seis; sendo duas revistas da área da Psicologia, uma das Ciências Biomédicas, uma da Enfermagem e uma da Medicina.

Entende-se que as revistas interdisciplinares (Child & Youth Care Forum – Springer; Child Psychiatry and Human Development; Journal of Child and Family Studies; Contemporary Clinical Trials; Complementary Therapies in Clinical Practice; Emotion) buscaram acolher estudos empíricos de pesquisa, revisões teóricas e resultados recentes da investigação em aplicações práticas para médicos, psicólogos e profissionais de saúde. Tais pesquisas abordaram todos os aspectos de transtornos emocionais, afetivos e comportamentais, saúde mental infantil e adolescente, desenvolvimento biopsicossocial, ensaios clínicos, avaliação e intervenções, incluindo questões relacionadas à identificação, personalidade, cognição, diagnóstico, tratamento, reabilitação, desenvolvimento e prevenção.

Já as revistas da área da Psicologia (Personality and Individual Differences; Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment) dedicaram a publicações de artigos (experimental, teóricos, revisão) e estudos com foco em intervenções terapêuticas, os quais visam a investigar e desenvolver pesquisas e métodos que melhoram: a compreensão da psicopatologia e dos transtornos mentais aplicáveis a todas as idades; comportamentos desviantes ou anormais, incluindo as relacionadas com condições médicas e traumas em geral. Esses periódicos integraram, tanto quanto possível, os principais fatores de personalidade aos paradigmas empíricos de fisiologia animal, psicologia clínica, educacional, criminologia; com a finalidade de explicar as causas e os principais determinantes de diferenças individuais em conceitos derivados dessas disciplinas. Além disso, essas revistas promoveram: inquéritos sobre avaliação; descrição e classificação de comportamentos normais e anormais; fatores psicobiológicos predisponentes; manutenção das teorias da psicopatologia e mudança de comportamento nas abordagens cognitivas.

Os outros 3 periódicos dedicaram-se às áreas de Enfermagem (Journal of Pediatric Nursing), Medicina (Journal of Pediatric Health Care) e Ciências Biomédicas (Prostaglandins, Leukotrienes & Essential Fatty Acids - PLEFA). Os periódicos Journal of Pediatric Nursing e

Journal of Pediatric Health Care interessaram-se em publicar estudos na prática baseada em evidências, melhoria da qualidade, atenção à saúde da família e trabalhos de pesquisa.

As palavras-chave utilizadas são muito distintas, permitindo identificar rapidamente o tema principal do artigo somente com a leitura do resumo e das palavras-chave. Os termos mais presentes foram Children's anxiety, e anxiety somado a um termo, com o objetivo de oferecer maior compreensão do assunto relacionado à ansiedade discutida no texto, por exemplo: Children's anxiety sensitivity, depression and anxiety, Children's social anxiety, anxiety sensitivity.

Ressalte-se que, dessas onze referências, quatro estudos (Conners-Burrow et al., 2013; Epkins, Gardner & Scanlon, 2013; Gardner & Epkins 2012; Scanlon & Epkins, 2013) tiveram amostras constituídas por 105, 125, 124 e 125 sujeitos (mãe e filhos), respectivamente, sendo que essas crianças tinham idade entre 7 e 12 anos e as mães poderiam ter qualquer idade. Em Affrunti, Geronimi e Woodruff-Borden (2013), a coleta de participantes estava aberta aos pais com idade entre 26 e 65 anos. A amostra apresentou em sua maioria mães (91,1%), casadas (88,7%) e com alguma formação acadêmica (71,3%). Já Neath et al. (2013), incluiu, como participantes, 263 crianças, adolescentes e adultos entre 7 e 25 anos saudáveis e que não apresentavam, nos testes, resultados discrepantes, uma vez que excedessem 2,5 desvios-padrão da média do grupo para uma determinada faixa etária ou alta ansiedade medida por um escore padrão de 65 ou maior no Inventário BAI-Y.

Por fim, todas as outras cinco referências incluíram crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos. Vale mencionar ainda que, considerando-se o conjunto de referências selecionadas, o número médio de participantes foi de 3.043. Entretanto, algumas referências sobressaíram-se nesse aspecto por terem contado com um número maior de participantes, a saber: 31734 (Chen, et al., 2010) e 779 (Melnyk et al., 2013).

A sexta dimensão de análise (Tipo de Intervenção) foi compreendida por programas escolares e de atendimento e prevenção à saúde mental. Além disso, em algumas referências, como o de Benavides e Caballero, (2009) e Melnyk et. al (2013), foram utilizadas atividades físicas como ioga e educação física, além de terapias de grupo de psicoeducação, cuja abordagem era cognitivo-comportamental com intuito de desenvolver habilidades, comportamentos saudáveis e competências sociais. O restante dos artigos não apresentou um plano de intervenção, considerando que os autores desenvolveram estudos experimentais valendo-se de abordagens quantitativas, por meio de testes psicométricamente desenvolvidos para medir, investigar e comparar várias características das crianças e adolescentes – desde transtornos de abuso de substâncias, traços individuais, até avaliações de habilidades cognitivas e comportamentais, crenças, emoções, pensamentos e comportamentos saudáveis.

O objetivo do estudo foi a sétima dimensão analisada nesta revisão. Essa dimensão é uma análise básica e indica qual a finalidade dos artigos diante da pesquisa estudada. Nenhuma referência selecionada teve o intuito de validar e/ou analisar a confiança dos dados da BAI-Y. Todas as referências utilizaram a escala para medir o nível de ansiedade, correlacionando outras escalas e medidas em crianças e adolescentes com hiperatividade, abuso de substâncias, traços de gênero, doenças congênitas e comorbidades.

Apenas 3 referências (Benavides & Caballero, 2009; Conners-Burrow et al., 2013; Melnyk et. al., 2013) tiveram o objetivo de construir programas para avaliar o sujeito pré e pós-intervenção e, assim, relacionaram várias medidas, como questionários de autorrelato, exames clínicos e bateria de testes. Já os 8 artigos restantes – Affrunti, Geronimi e Woodruff-Borden (2013), Chen et al. (2010), Epkins, Gardner e Scanlon (2013), Gardner e Epkins (2012), Gow et al. (2013), Neath et al. (2013), O’Haver et al. (2013) e Scanlon e Epkins (2013) – tiveram como objetivo identificar efeitos e características comportamentais, emocionais, intelectuais, físicas e de gênero em seus estudos.

É preciso comentar que, diferente do estudo de Epkins, Gardner e Scanlon (2013), Gardner e Epkins (2012) buscaram avaliar se: 1) a ansiedade e ruminação (e não a sensibilidade à ansiedade) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à depressão de meninas e 2) se depressão e sensibilidade à ansiedade (e não ruminação) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionados à ansiedade das meninas.

Já a oitava dimensão de análise (instrumentos) revela que a maioria dos participantes dos estudos foi avaliada a partir da aplicação de instrumentos padronizados, sobretudo, por questionários e escalas de autorrelato. O Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) e o Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y) – ainda não traduzido e adaptado para o português brasileiro – foi o instrumento mais frequente, tendo sido empregado em todas as referências. Trata-se de uma escala de autorrelato, voltada à avaliação da ansiedade e depressão, respectivamente, que descreve pensamentos e sentimentos, especialmente nas duas últimas semanas. Ressalte-se ainda que, das 11 referências selecionadas, 8 utilizaram a BDI-Y em conjunto com a BAI-Y.

Com relação aos instrumentos utilizados para a avaliação, foram encontradas pesquisas que utilizaram desde observação de sessões com a aplicação de testes e exames médicos, reuniões de aconselhamento, com intuito de desenvolver tanto material informativo para o paciente quanto avaliações padronizadas.

Diante dos resultados e conclusões apresentados, é possível perceber que a disputa de todos os artigos era avaliar o grau de ansiedade em relação à depressão, doenças congênitas, abuso de substâncias, diferenças de gênero, comportamento saudável e comorbidades.

Em Scanlon e Epkins (2013), a rejeição materna está relacionada à depressão infantil. Benavides e Caballero (2009) concluíram que a Yoga é uma alternativa para perda de peso em crianças e adolescentes. Gow et al. (2013) ponderou que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA - ácido eicosapentaenóico e DHA – ácido docosahexaenóico – foram

associados aos escores mais altos de traços relacionados a comportamentos insensíveis e antissociais em crianças com TDAH – déficit de atenção e hiperatividade.

Para O’Haver, Jacobson, Kelly e Melnyk (2013), as crianças com maior IMC relataram dificuldade em viver um estilo de vida mais saudável; esse obstáculo percebido afetou a capacidade das crianças em fazer escolhas benéficas à saúde. Portanto, a pesquisa concluiu que raça/etnia e status socioeconômico podem estar relacionados aos recursos disponíveis para o tratamento de problemas de saúde mental em crianças. Consoante Chen (2010), os resultados suportaram a importância de ver a realidade de gênero a partir de uma perspectiva de desenvolvimento. Os resultados revelaram que houve diferenças na personalidade, pois os meninos apresentaram comportamentos de violar regras e as meninas, maiores emoções negativas, como depressão e ansiedade. A magnitude e direções das diferenças de gênero para a maioria das habilidades cognitivas variou de acordo com as faixas etárias.

Melnyk, et. al. (2013) identificaram a necessidade de construir um programa de estilo de vida saudável e de promover a alimentação saudável, com atividades físicas e estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise para lidar com os estressores.

Cumpre assinalar que os autores dessas referências buscam definir o que é ansiedade e avaliar sua própria magnitude em crianças, e relacionar com outras escalas, apresentando dados bastante satisfatórios.

As tabelas 6, 7 e 8 estão no APÊNDICE B e caracterizam cada um dos estudos escolhidos para a realização da revisão com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, de acordo com as dimensões de análise, quanto ao título do artigo, autores, país da publicação, periódico, volume, palavras-chave; critérios de inclusão e exclusão/amostra; tipo de intervenção, objetivo do estudo; instrumentos utilizados para avaliação; resultados e a conclusões dos mesmos.

3 - Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y)

3.1 - Apreciação Quantitativa das Referências

As buscas eletrônicas nas bases de dados resultaram na localização de 24 referências, sendo 1 na PsycINFO, 1 na Springerlink, 4 na ScienceDirect – Elsevier, 8 na MedLine-PubMed e 10 no Google Acadêmico. A base de dados PsycINFO , após critérios de inclusão identificaram, dos 15 artigos relacionados ao tema, apenas 1 ligada ao assunto. Muitos se tratavam de referências que utilizaram os inventários Beck para crianças e adolescentes da primeira edição; já na Springerlink, o único estudo selecionado foi descartado. Para a base de dados ScienceDirect – Elsevier, foram selecionados 4 artigos, mas 3 escolhidos para análise. Ademais, das 10 referências localizadas no Google Acadêmico e das 8 referências encontradas na MedLine-PubMed, nenhuma era pertinente ao assunto. Por fim, em relação à base SciELO não foi encontrado nenhum artigo com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”.

Sendo assim, apenas 3 das 24 referências localizadas foram consideradas pertinentes ao presente estudo, a saber: Davis e Humphrey (2012), Gow et al. (2013) e Melnyk et al. (2013). Vale destacar que nenhuma dessas referências é de autoria de pesquisadores brasileiros.

Contudo, os dados da revisão de literatura foram tabelados permitindo orientar futuros pesquisadores nacionais e internacionais. A Tabela 9 apresenta o percurso de seleção dos artigos da revisão, cujas referências foram avaliadas qualitativamente seguindo algumas dimensões de análise.

Tabela 9: Percurso de seleção dos artigos da revisão do Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y).

Base de dados	Descriores	Limites	Nº de referências encontradas	Após Critérios de seleção (5 Critérios)	Nº de referências selecionadas	Dimensões de análise (10 Dimensões Apêndices)
PsycInfo	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	Todos os índices.	1		0	
Springerlink	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	1		0	
ScienceDirect – Elsevier	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	- Todos os Índices.	4		3	
Google Acadêmico	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	- Com a frase exata; - Referências publicadas entre 2004 e 2013	10		0	
Scielo	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	0		0	
Medline/PubMed	“ Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth ”	- Todos os índices.	8		0	
Total			24		3	

3.2- Apreciação Qualitativa das Referências

A primeira dimensão (Autores/Ano de publicação) marca o inicio das pesquisas sobre os Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y). Dos 3 artigos, dois (Gow et al., 2013 e Melnyk et al., 2013) são de 2013 e um de 2012 (Davis & Humphrey, 2012). Além do fato de serem publicações atuais, destaca-se que as três referências estão presentes na revisão da BDI-Y.

Ao avaliar a segunda dimensão, é possível verificar que, em relação ao país de Publicação, dois (Gow et al., 2013 e Melnyk et al., 2013) são dos Estados Unidos da América e o outro da Inglaterra (Davis & Humphrey, 2012), no entanto, em todos os estudos os inventários Beck são publicações americanas.

Com relação à dimensão Periódico/Volume, a ideia foi verificar os periódicos que mais propagam as pesquisas sobre o Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y). Sendo apenas três revistas, o número dificulta essa análise, mas foram todas revistas bem conceituadas e distintas, a saber: Personalityand Individual Differences, Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA) e Contemporary Clinical Trials. Além disso, eram revistas da área da Psicologia, Ciências Biomédicas e a outra Interdisciplinar, respectivamente. A primeira referência dedicou em publicar um artigo com abordagem experimental, visando integrar, tanto quanto possível, os principais fatores de personalidade com paradigmas empíricos de fisiologia, psicologia clínica, educacional e experimental. Além disso, buscaram explicar as causas e os principais determinantes de diferenças individuais em conceitos derivados dessas disciplinas.

A segunda referência é da área das Ciências Biomédicas, de modo que esse periódico busca compreender o papel dos lipídios, incluindo os ácidos graxos essenciais, as prostaglandinas, os leucotrienos e outros derivados de Lipídios. Enfim, documentos relativos

a todas as especialidades médicas são publicados nesta revista; dessa forma, grande parte do material é particularmente relevante para o desenvolvimento de novos tratamentos para a doença.

O último periódico é interdisciplinar e busca publicar manuscritos referentes a todos os aspectos de ensaios clínicos. Nessa última revista, os estudos podem incluir as áreas da medicina, psicologia, bioestatística, epidemiologia, ciência da computação, ciência da administração, ciência comportamental, ciência farmacêutica e bioética.

A quarta dimensão (Palavras-chave) foi optada, pois os termos ajudam no trabalho de indexação. As Palavras-chave empregadas foram bem colocadas, permitindo identificar ligeiramente o assunto principal do artigo. Os termos mais importantes nesta revisão foram: Mental health e Disruptive behaviour. A importância da primeira se deu por repetir em dois estudos (Davis & Humphrey, 2012 e Melnyk et al., 2013) e a outra por ser a palavra referente ao assunto procurado.

Já a quinta dimensão de análise (Critérios de inclusão e exclusão/amostra), revela que os participantes eram adolescentes dos 11 aos 16 anos. As três referências tiveram amostras constituídas com 412, 29 e 779 sujeitos, sendo que o número médio de participantes foi de 406,666. Porém, essa média se dá por um artigo que se sobressaiu nesse aspecto por ter apresentado um numero maior de participantes, a saber: 779 (Melnyk et al., 2013).

A sexta dimensão de análise (Tipo de Intervenção) foi compreendida por programas escolares e de atendimento e prevenção à saúde mental. Além disso, em uma referência como a de Melnyk et. al (2013), foram utilizadas atividades físicas e terapias de grupo de psicoeducação valendo-se da abordagem cognitivo-comportamental com intuito de desenvolver habilidades, comportamentos saudáveis e competências sociais. O restante dos artigos não apresentou um plano de intervenção, já que os autores desenvolveram estudos experimentais com abordagens quantitativas por meio de testes psicométricamente

desenvolvidos para medir, investigar e comparar várias características das crianças e adolescentes, desde transtornos até habilidades cognitivas e comportamentais, crenças, emoções, pensamentos e comportamentos saudáveis.

O objetivo do estudo foi a sétima dimensão analisada nesta revisão, posto que essa dimensão indicou qual o objetivo dos artigos em relação à pesquisa explorada. Nenhuma referência selecionada teve o intuito de validar e/ou analisar a confiança dos dados da BDBI-Y. Todas as referências utilizaram a escala para identificar os pensamentos e comportamentos associados ao transtorno de conduta e comportamento opositivo-desafiador, correlacionando os dados com outras escalas e medidas em crianças e adolescentes com hiperatividade, obesidade doenças congênitas e comorbidades.

Já a oitava dimensão de análise (instrumentos) revela que a maioria dos participantes dos estudos foi analisada a partir do emprego de instrumentos padronizados, sobretudo, questionários e escalas de autorrelato. Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y), - ainda não traduzida e adaptada para o português brasileiro – foi o instrumento mais frequente, tendo sido empregado em todas as referências.

Diante dos resultados e conclusões apresentadas, é possível perceber que a disputa de todos os artigos era identificar os pensamentos e comportamentos associados ao transtorno de conduta e comportamento opositivo-desafiador em relação à depressão, hiperatividade, obesidade doenças congênitas e comorbidades.

Em Gow et al. (2013), concluiu-se que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA - ácido eicosapentaenóico e DHA - ácido docosahexaenóico foram associados aos escores mais altos de traços relacionados a comportamentos insensíveis e antissociais em crianças com TDAH - déficit de atenção e hiperatividade. Já Melnyk (2013), concluiu que as crianças com maior IMC relataram dificuldade em viver com base em um estilo de vida mais

saudável. Essa dificuldade percebida afetou as capacidades das crianças em fazer escolhas benéficas à saúde.

Davis e Humphrey (2011) finalizaram o estudo com a ideia de que a Inteligência Emocional (EI) pode não ser universalmente vantajosa, porque a EI não conseguiu modificar os efeitos de eventos cumulativos negativos da vida. Já Gow et al. (2013) ponderou que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA - ácido eicosapentaenóico e DHA - ácido docosahexaenóico foram associados a escores mais altos de traços relacionados a comportamentos insensíveis e antissociais em crianças com TDAH - déficit de atenção e hiperatividade.

A tabela 10 está no APÊNDICE C e caracteriza cada um dos estudos escolhidos para a realização da revisão com o descritor “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”, quanto ao título do artigo, autores, país da publicação, periódico, volume, Palavras-chave; critérios de inclusão e exclusão/amostra; tipo de intervenção, objetivo do estudo; instrumentos utilizados para avaliação; resultados e as conclusões dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As revisões sistemáticas possibilitaram a construção de uma síntese do conhecimento científico nacional e internacional do Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y), do Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y) e do Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth (BDBI-Y).

Os inventários que apresentaram maior número de produções científicas foram o BAI-Y e o BDY-Y, ambos com 11 estudos, porém nenhuma referência nacional foi encontrada. Muitos desses artigos apareceram nas duas revisões, pois, na maioria dos casos, os autores aplicaram todos os inventários do BYI-II em conjunto com uma bateria de outros testes. Portanto, observa-se a carência de pesquisas que foquem somente no estudo com um dos inventários; por isso, são essenciais pesquisas mais específicas e orientadas em uma única escala com o intuito de avaliar a eficiência do instrumento.

Os estudos com o BYI - 1^aedição – têm sido ampliados, bem como o inventário tem sofrido adaptações para diferentes realidades e idiomas como Dinamarquês, Francês e Polaco, por exemplo. Contudo, a despeito das outras escalas de Beck, os Beck Youth Inventory (BYI-II) ainda não foram validados no Brasil, onde as pesquisas sobre essas novas escalas são muito incipientes.

Nessa vertente, empreender três revisões da produção científica de três inventários do BYI-II foi essencial para que futuros pesquisadores possam dar continuidade a esta discussão, compreendendo a grande necessidade da inclusão destes instrumentos em trabalhos de pesquisa.

Esses instrumentos identificam crianças e adolescentes que necessitam de uma maior intervenção ou avaliação. Nesta perspectiva, ao finalizar a revisão, é preciso compreender que

a falta de acesso a esses instrumentos impossibilita compreender melhor a gravidade dos sintomas de uma criança ou adolescente.

Recomenda-se, a partir dessas revisões, um aprofundamento em estudos com o BYI-II; em função de que nenhuma referência apresentou como objetivo validar e/ou traduzir os inventários para outras realidades. Faz-se necessário, além disso, o desenvolvimento de pesquisas com rigor metodológico e com mais ênfase em estudos das propriedades psicométricas desses instrumentos e sua adequação à realidade brasileira, para que seja possível avaliar a eficácia das escalas e sua utilidade na comunidade clínica e acadêmica.

Por fim, a difusão de estudos que tratam de revisão sistemática, assim como de outros que retratam resultados de pesquisa, é um importante elemento para a construção de novos conhecimentos e desenvolvimento de instrumentos avaliativos da saúde mental. Todavia, para que isso aconteça de fato, torna-se necessária uma mudança de procedimento por parte dos pesquisadores; mudança essa que sugere não só o estudo intensivo e abrangente da literatura disponibilizada, mas também a divulgação dessas informações para o exercício clínico diário. O objetivo final do processo realizado neste trabalho é desenvolver e suscitar interesse tanto dos pesquisadores quanto dos clínicos em relação à existência de instrumentos essenciais para medir o bem estar psicológico de crianças e adolescentes e, sobretudo, avaliar aspectos específicos da saúde mental infantil e juvenil.

REFERÊNCIAS

- Affrunti, N. W., Geronimi, E. M. C. & Woodruff-Borden. J. (2013). Temperament, Peer Victimization, and Nurturing Parentingin Child Anxiety: A Moderated Mediation Model. *Child Psychiatry and Human Development.* 13.
- Ancona-Lopez, M. (org.). Psicodiagnóstico: processo de intervenção. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). DSM-IV-TR: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arzeno, M. E. G. *Psicodiagnóstico clínico.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003
- Asbahr F. R. (2004). Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *Journal of Pediatrics,* 80(2), 28-S34.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.; Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J.S., Beck, A.T., Jolly, J.B., & Steer, R.A. (2005). *Beck Youth Inventories-Second Edition for Children and Adolescents manual.* San Antonio, TX: PsychCorp

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona* (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005).

Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Manual for the Beck Youth Inventories for children and adolescents* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1995)

Benavides, S. Caballero, J. (2009). Ashtanga yoga for children and adolescents for weight management and psychological well being: An uncontrolled open pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 15, 110-114.

Bieling, P. J.,&Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.

Bordin, I. A. S., & Offord, D. R. (2000). Transtorno de conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2),12-15.

Bunge, E.; Gomar, M.; Mandil, J. (2012). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Aportes técnicos*. São Paulo. Casa do Psicólogo

Butler, A. C., & Beck, J. S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive- behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2007). Conceitualização cognitiva com crianças. In R. M. Caminha & M. G. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 57-70). São Paulo: Roca.

Castilho, A. R. G. L.; Asbahr, F. R.; Manfro, G. G. (2000). Transtorno de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria [Suplemento: Saúde mental na infância e adolescência]*, 22(2), 20-23.

Chambless, D.L.; Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence: *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Chen, H. et al. (2010). Gender reality on multi-domains of school-age children in Taiwan: A developmental approach. *Personality and Individual Differences*, 48, 475-480.

Connors-Burrow, N. et al. (2013). Violence Exposure as a Predictor of Internalizing and Externalizing Problems Among Children of Substance Abusers. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 340-350.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 574-585.

Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico* - V. 5 ed. revisada e ampliada. Porto Alegre, Artmed.

Davis, S. K., & Humphrey, N. (2011). Emotional intelligence as a moderator of stressor-mental health relations in adolescence: Evidence for specificity. *Personality and Individual Differences*, 52, 100-105.

Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence*, 35, 1369–1379.

DHHS - US Department of Health and Human Services (2001). Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services. Página visitada em 21 de setembro de 2013 a partir de <http://www.hhs.gov/>.

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. Em K. Dobson (Ed.). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 17-43). Porto Alegre: Artmed.

Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. 3rd ed. New York: Guilford

DSM-5 Implementation and Support. (2013). Página visitada em 21 de setembro de 2013 a partir de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

Durlak, J.A. et al. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 24, 141-148.

Dodge, K. A., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 1-41.

Epkins, C. C.; Gardner, C. & Scanlon, N. (2013). Rumination and Anxiety Sensitivity in Preadolescent Girls: Independent, Combined, and Specific Associations with Depressive and Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 540-551.

Freud, S. (1955). Notes upon a case of obsessional neurosis [Rat Man]: Extracts from the case history. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol 10, pp. 151-220). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published 1909)

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2001).

Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2011). *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Fu-I. Lee., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 24-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 setembro 2012.

Gaio, R. (2008). *Metodologia de Pesquisa e Produção de Conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Gardner, C. & Epkins, C. C. (2012). Girls' Rumination and Anxiety Sensitivity: Are They Related After Controlling for Girl, Maternal, and Parenting Factors?. *Child & Youth Care Forum – Springer*. 41, 561-578.

GIL, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.

Gorestein, C. E Andrade, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>. Acesso Abril de 2012.

Gow, R. V. et al., (2013). Omega-3 fatty acids are inversely related to callous and unemotional traits in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA)*, 88, 411-418.

Guimarães, S. S. (2001). Técnicas Cognitivas Comportamentais. Em Rangé B (org) (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.113-130), 2^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Harrington, R. (1993). Depressive disorder in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 108-112.

Kandel, E. (2000). *Fundamentos de neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kazdin, A. E. (1998). *Child psychotherapy: Development and identifying effective treatments*. New York: Pergamon

Kendall, P. C. (2000). *Childhood Disorders*. London: Psychology Press

Kendall, P. C.; Asbahr, F. R.; Ito, L. M. & Chouldhury, M. S. (2004). Crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade. In Paulo Knapp et al. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 351-357). São Paulo: Artmed.

Kendall, P. (2011). In C. S. Petersen, R. Wainer et al. (Eds.) *Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P. et al. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P., & Rocha, D. B. (2003). Conceitualização cognitiva: Modelo de Beck. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp.39-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Koch, L. M., & Gross, A. M. (2005). Característica clínicas e tratamento do transtorno de conduta. In V. Caballo, & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de psicología clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp.23-38). São Paulo: Santos.

Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.

Last, C. G.; Perrin, S.; Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.

Leahy, R. L. e colaboradores. (2010). *Terapia cognitiva contemporânea – teoria, pesquisa e prática*. Tradução: FIGUEIRA, Vinicius Duarte. Porto Alegre: Artmed.

Lopes, E. J.; Lopes, R. F. F. e Lobato, G. R. (2006). Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 45-54.

Luiselli, J. K. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno desafiador de oposição. In V. Caballo, & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp.39-55). São Paulo: Santos.

Majewski, J. M., Lopes, A. D. F., Davoglio, T., & Leite, J. C. C. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716.

Manfro, G.; Isolan, L.; Blaya, C.; Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 26-29.

Martins, P. F. S. & Lopes, E. J. (2010) Relação entre personalidade, transtornos de ansiedade e de humor: uma revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 6(1), 85-107.

Mash E. J., & Barkley, R. A. (1996). *Child Psychopathology*. New York: Guilford.

Mash E. J., & Dozois, D. J. A. (1996). *Child Psychopathology: A developmental-systems perspective*. In E. J Mash & R. A. Barkley (1996). *Child Psychopathology*. New York: Guilford.

- Mathiak, K.A., Karzel, K., Ocypa, M., Seget, A., Mathiak, K., & Ostaszewski, P. (2007). Polish adaptation and validation of Beck Youth Inventories of emotional and social impairment.[Polish]. *Psychiatria Polska, 41*(3), 387-399.
- Melnyk, B. M. et al. (2013). The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse high school adolescents: Baseline characteristics and methods. *Contemporary Clinical Trials, 36*, 41-53.
- Moura, C. B. de, & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a Condução do Processo Terapêutico Comportamental com Crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6*(1), 17-30.
- Monteiro, F. R., Coutinho, M. P. L., & Araujo, L. F. (2007). Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão, 27*(2), 224-235.
- Neufeld, C. B. & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, 6*(2), p.3-36.
- Neath, K. et al. (2013). Attention Orienting by Gaze and Facial Expressions Across Development. *Emotion, 13*(3), 397–408
- Ocampo, M. L. S. de. et al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

O'Haver, J., et al. (2013). Relationships Among Factors Related to Body Mass Index, Healthy Lifestyle Beliefs and Behaviors, and Mental Health Indicators for Youth in a Title 1 School. *Journal of Pediatric Health Care*, 27,1-10.

Oliveira, S. L. (1999). *Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. 2^a ed. São Paulo, SP: Pioneira.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2001). A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. 1-16.

OPAS/OMS - Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra. 17 - 45.

Organização Mundial de Saúde (2009). *CID-10 / Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima revisão. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10.ed. rev. 1º reimp. - São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo.

Pardini, D. A., & Fite, P. J. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11),1134-1144.

Passarela, C. de M.; Mendes, D. D. & Mari, J. de J. (2010). Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2), 60-65.

Petersen, C. S. & Wainer R. et al. (2011). Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed

Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.

Rangé, B. & Silvares, E. F. M. (2001). Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 79-100). Porto Alegre: Artmed.

Rangé B (org) (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Rangé, B. (2004). Conceituação cognitiva. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 286-299). São Paulo: Roca.

Reinecke, M. A.; Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2009). *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes*. São Paulo: Livraria Médica Paulista.

Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. Chichester, UK: Wiley.

Ronen, T. (1998). Linking Developmental and emotional elements into child and family cognitive-behavioral therapy. In P. Graham (Ed.), *Cognitive-Behavior Therapy for Children and Families*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-17.

Ronen, T. (2006). Cognitive Behavior Therapy With Children: Skills-Directed Therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 3, 1-22.

Rudio, F. V. *Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica*. 31^a ed. Petrópolis, SP: Vozes, 2003.

Sampaio, M. I. C., & Sabadini, A. A. Z. P. (2009). Indexação e fator de impacto. In: A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio, & S. H. Koller, (Orgs.). *Publicar em Psicologia: Um enfoque para a revista científica* (pp. 103-115). São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia.

Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.

Scanlon, N. M, & Epkins, C. C. (2013). Aspects of mothers' parenting: Independent and specific relations to children's depression, anxiety, and social anxiety symptoms. *Journal of Child and Family Studies*. 18, 1-15.

Serra-Pinheiro, M. A., et al.,(2004). Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 273-276.

Stiles, A. S. (2010). Case Study of an Intervention to Enhance Maternal Sensitivity in Adolescent Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing – JOGNN*, 39, 723-733.

Thastum, M., Ravin, K., Sommer, S., & Trillingsgaard, A. (2009). Reliability, validity and normative data for the Danish Beck Youth Inventories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(1), 47-54.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. et al. *Diagnóstico psicológico. A prática clínica*. São Paulo: EPU, 14-24

Veiga, F. H. (2007). Investigação dos comportamentos escolares disruptivos: Duas escalas de avaliação. In J. J. Gázquez Linhares, M. C. Fuentes, A. J. Dias, & N. Y. Russel (Orgs.), *Mejora de la convivencia y programas encaminhados a la prevención y intervención de la coso escolar* (pp.71-77). Almería: Universidad de Almería.

Zimmerman, M. A., Salem, D. A., & Notaro, P. C. (2000). Make room for Daddy II: The positive effects of fathers' role in adolescent development. In R. D. Taylor, & M. C. Wang (Eds.), *Resilience across contexts* (pp. 233–253). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado* (M. G. Armando, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2006).

Walkup, J. T.; Albano, A. M.; Piacentini, J.; Birmaher, B.; Compton, S. N.; Sherrill, J. T.; Ginsburg, G. S.; Rynn, M. A.; McCracken, J.; Waslick, B.; Iyengar, S.; March, J. S. & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 2: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Google.

<u>Base Google</u> <u>(1)</u>											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Períodico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
Case Study of an Intervention to Enhance Maternal Sensitivity in Adolescent Mothers	Anne Scott Stiles (2010).	Estados Unidos da América	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	39	maternal/infant relationship maternal sensitivity adolescent mothers teen mothers depression parenting stress social support video feedback.	Incluíram uma adolescente com 18 anos de idade, mãe de uma criança sem anomalias congênitas e nenhuma doença crônica.	Visitas domiciliares Projeto intitulado: Promovendo os primeiros Relacionamentos (PFR). Consistiu em nove sessões quinzenais de 1 hora cada.	Explorar a eficácia de uma intervenção com uma adolescente, promovendo os primeiros processos de relacionamentos e sensibilizando-a.	Dramatização e feedback positivo. Apostilas fornecidas para a mãe para reforço visual de vários conceitos. O The Beck Youth Inventories-Second Edition (BYI-II) que são o BDI-Y, BAI-Y, BSCI-Y (Beck, Beck, Jolly, & Steer, 2005). Índice de Stress Parental (ISP) - The Parenting Stress Index (PSI, 3rd ed.) (Abidin, 1995). Personal Resource Questionnaire 85-Part II (PRQ85) (Weinert & Brandt, 1987).	Os escores brutos da garota foram comparados com as normas previstas nos manuais dos testes. BDI-Y, no pré e pós-teste - levemente deprimida para seu gênero e faixa etária. BAI-Y - nível médio de ansiedade. ligeiro aumento no seu autoconceito como medida no BSCI-Y do pré ao pós-teste. Já na avaliação de Estresse Parental, o estresse permaneceu inalterado na pontuação total da participante, com uma ligeira diminuição.	A principal implicação clínica deste estudo é a importância de ajudar as mães e sensibilizá-las com atitudes maternas. Uso de reforço positivo na comunicação mãe e filho, conscientização e identificação de pistas infantis e maternas

Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na base Sciedirect Elsevier.

<u>Base</u> <u>Sciedirect</u> <u>Elsevier (7)</u>											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
1) Ashtanga yoga for children and adolescents for weight management and psychologic al well being: An uncontrolle d open pilot study.	Sandra Benavides, Joshua Caballero, 2009.	Estados Unidos da América	Complementary Therapies in Clinical Practice	15	Yoga Pediatrics Obesity Diabetes Self-concept	12 Crianças e adolescentes, com idades entre 8-15 anos, e deveriam ter pelo menos um dos seguintes fatores de risco para diabetes tipo 2, conforme definido pela American Diabetic Association: excesso de peso ou parente de primeiro grau com diabetes tipo 2.	Estudo experimental quantitativo. 12 semanas com um programa de ioga. Todos os participantes completaram inventários de autoconceito, ansiedade e depressão no início e no término do programa.	Determinar o efeito da ioga no peso em jovens em risco de desenvolver diabetes tipo 2 e o impacto da participação em ioga no autoconceito e sintomas psiquiátricos.	1) Serum concentrations of glucose, 2) total cholesterol (TC), 3) high density lipoprotein (HDL), 4) triglycerides, 5) C-reactive protein (CRP) 6) Lipoprotein (LDL) 7) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y); 8) Beck Self Concept Inventory for Youth (BSCI-Y); 9) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y)	A maioria dos participantes perdeu uma média de 2 kg após um programa de 12 semanas que é consistente com outras intervenções de perda de peso. Além disso, os participantes demonstraram melhorias nos estoques psiquiátricos; sugerindo, a Yoga pode fornecer benefícios de saúde mental.	Conclui-se que a Yoga pode ser uma alternativa para perda de peso em crianças e adolescentes. Neste momento, um currículo de yoga nas crianças, foi desenvolvido e está implantado em escolas de todo o país. Tais programas foram benéficos nesta população.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na base Sciencedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
2) Emotional intelligence as a moderator of stressor-mental health relations in adolescence: Evidence for specificity.	Sarah K. Davis, Neil Humphrey, 2011.	Inglaterra, Reino Unido.	Personaltyand Individual Differences.	52	Emotional intelligence Mental health Depression Disruptivebehaviour Stress Adolescence	412 jovens (214 mulheres; 198 homens) com idades entre 11-16 anos.	Estudo experimental com abordagem quantitativa. Os estudantes responderam questionários individualmente.	Investigou-se a Inteligência Emocional (EI) ajustando os estressores da vida (disfunção familiar, eventos de vida negativos e adversidades socioeconômico) e a saúde mental (depressão e sintomatologia comportamental disruptivo).	1) Trait Emotional Intelligence Questionnaire- Adolescent Short Form (TEIQue-ASF); 2) Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test- Youth (MSCEIT); 3) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); 4) McMaster Family Assessment Device (FAD); 5) Adolescent Perceived Events Scale-Short Form (APES-SF); 6) Family Affluence Scale (FAS II);	Análises de Rgressão que, enquanto altos níveis de traço EI enfraquece relações de saúde e estressores mentais; altos níveis de habilidade de EI amplifica as associações. São discutidas implicações para a construção de programas de intervenção.	Este estudo mostrou que as vias que ligam Inteligência Emocional(EI) e saúde mental são complexas, ao passo que os adolescentes com maior competência emocional autopercebida e real relataram níveis mais baixos de sintomatologia com as tendências esperadas; portanto, a EI pode não ser universalmente vantajosa. Efeitos específicos de estressores foram encontrados; a EI não conseguiu modificar os efeitos de eventos cumulativos negativos da vida.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
3) Omega-3 fatty acids are inversely related to callous and unemotional traits in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder.	Rachel V. Gow, Frederic Vallee-Tourangeau, Michael Angus Crawford, Eric Taylor ,KebreabGhebremes kel, Allain A. Bueno , Joseph R. Hibbeln , Alexander Sumich, Katya Rubia. 2013	Estados Unidos da América.	Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA).	88	Omega-3 fatty acids EPA Callous and unemotional traits (CU) Fatty Acids (PLEFA).	Foram incluídas 29 crianças do sexo masculino com TDAH e com TDAH e idade entre 12 e 16 anos. Os critérios de exclusão eram uma pontuação de QI abaixo de 70 e se tivessem tomado suplementos nos últimos 6 meses.	Estudo descritivo. Crianças com TDAH foi submetida a uma entrevista de TDAH e 16 anos. Os critérios de diagnóstico baseada em critérios do DSM-IV (Entrevista Infantil e Síndromes Psiquiátricas).	Testou-se crianças com TDAH têm níveis plasmáticos anormais LC-PUFA e se os sintomas de TDAH e comportamentos associados são correlacionados com os níveis de LC-PUFA.	1) Beck Youth Inventories – Second Edition 2) Buss-Perry Aggression Scale; 3) Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS); 4) Barratt Impulsiveness Scale (BIS); 5) Strengths and Difficulties self-report scores Questionnaire (SDQ); 6) Essential Fatty Acid Deficiency Questionnaire (EFADQ); 7) Anti-Social Process Screening Device (APSD); 8) Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU)	Os resultados mostram, pela primeira vez, que os ácidos graxos foram associados negativamente a traços de comportamentos relacionados a antissociais e CU em TDAH.	Este estudo conclui que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA e DHA foram associados com escores mais altos de traços de comportamentos insensíveis e antissociais em crianças com TDAH.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na base Sciencedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
4) Relationships Among Factors Related to Body Mass Index, Healthy Lifestyle Beliefs and Behaviors, and Mental Health Indicators for Youth in a Title 1 School.	Judith O'Haver, Diana Jacobson, Stephanie Kelly, Bernadette Mazurek Melnyk. 2013.	Estados Unidos da América.	Journal of Pediatric Health Care.	27	Body Mass Index (BMI), Children, mental health, Adolescents healthbeliefsandbehaviors	Estudantes entre 10 e 13 anos matriculados nas 5 ^a e 6 ^a séries. Os adolescentes deverão estar Saudáveis.	Este é um projeto transversal, descriptivo e correlaciona em uma amostra de conveniência de jovens em uma escola urbana. O IMC foi calculado. Os participantes preencheram questionários que avaliam crenças e comportamentos saudáveis, atividade e nutrição do conhecimento, e indicadores de saúde mental.	Buscou relacionar o índice de massa corporal (IMC), crenças e comportamentos de vida saudáveis, e os indicadores de saúde mental para crianças da 5 ^a e 6 ^a série em uma escola.	1) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); Demographic variables; 2) Healthy Lifestyle Belief Scale; 3) Healthy Lifestyle Behaviors Scale; 4) Activity and Nutrition Knowledge Scales	As crianças com maior IMC relataram dificuldade em viver um estilo de vida saudável. Sintomas de Ansiedade e depressão não foram significativamente relacionados com indicadores de estilo de vida saudáveis.	A pesquisa indicou que raça/etnia e status socioeconômico podem estar relacionados com os recursos disponíveis para o tratamento de problemas de saúde mental em crianças.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth” na base Sciencedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
5) The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse high school adolescents : Baseline characteristics and methods.	Bernadette Mazurek Melnyk, Stephanie Kelly, Diana Jacobson, Michael Belyea, Gabriel Shaibi, Leigh Small, Judith O'Haver, Flavio Francisco Marsiglia. 2013	Estados Unidos da América	Contemporary Clinical Trials	36	Adolescents RCT High school Prevention Overweight Mental health	Incluíram 779 adolescentes de 14 a 16 anos de idade matriculados em uma aula de saúde em uma das 11 escolas participantes;	O estudo COPE TEEN é um estudo de quatro anos, prospectivo, randomizado e controlado por adolescentes do ensino médio, com idades entre 14 a 16 anos. A intervenção COPE TEEN é realizada em 15 sessões de psicoeducação com intuito de desenvolver habilidades.	O objetivo primário do estudo é avaliar se adolescentes na intervenção COPE TEEN têm comportamentos saudáveis de estilo de vida mais elevado, menor ganho de peso e sintomas menos depressivos do que os adolescentes que receberam a intervenção do controle da atenção imediatamente e aos 6 e 12 meses após a intervenção. O objetivo secundário é o de analisar se a intervenção COPE TEEN também melhora habilidades sociais e desempenho acadêmico	1) Acculturation, Habits, and Interests Multicultural Scale for Adolescents (AHIMSA); 2) Healthy Lifestyle Beliefs Scale; 3) Perceived difficulty scale; 4) Healthy Lifestyle BehaviorsScale; 5) Physical activity; 6) Anthro pometric measures; 7) Social Skills Rating System (SSRS); 8) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); 9) Nutrition and activity knowledge scales; 10) Cholesterol; 11) Demographic variables; 12) Academic achievement; 13) Incentives.	Resultados indicam que 40% da amostra tem excesso de peso ($n = 148$, 19,00%) e obesos ($n = 182$, 23,36%). No início do estudo, 15,79% ($n = 123$) dos estudantes tiveram valores acima da média com o Beck Depression Inventory for Youth, indicando os resultados,	Este estudo mostra a viabilidade de recrutar uma grande amostra, principalmente latino-americanos. Resultados da linha de base identificaram a necessidade da implementação de um programa de estilo de vida saudável e de promover uma boa alimentação, atividade física e estratégias positivas para lidar com estressores diários.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth” na base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Períodico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
6) The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence : Divergent roles for trait and ability EI	Sarah K. Davis, Neil Humphrey, 2012.	Inglaterra, Reino Unido.	Journal of Adolescence	35	Emotion intelligence Coping Mental health Depression Disruptive behavior Adolescence	Os participantes foram 772 adolescentes (369 do sexo feminino; 403 homens) com idades entre 11-16 anos.	Estudo randomizado controlado. Os estudantes completaram questionários individualmente	Teoricamente, traço e inteligência emocional (EI)/(TEI) deve mobilizar processos de enfrentamento para promover a adaptação, operando recursos pessoais ou implementando novos estilos de enfrentamento. O objetivo foi identificar se Inteligência emocional (EI) exerce um efeito precoce mobilizando comportamentos de enfrentamento.	1) TraitEmotionalIntelligenceQuestionnaire-Adolescent Short Form (TEIQue-ASF); 2) Mayer-Salovey-Caruso EmotionalIntelligence Test-Youth (MSCEIT); 3) Beck YouthInventories - SecondEdition (BYI-II); 4) Children'sCopingStrategiesChecklist (CCSC-R1).	Este estudo revelou dezesseis valores discrepantes univariados e oito multivariados. Os dados não indicaram normalidade, particularmente, as variáveis de saúde mental que evidenciaram inclinação positiva.	Conclui-se que pessoas com baixa autocompetência emocional não pode colocar seu conhecimento emocional em ação.

Continuação da Tabela 3: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
7) Gender reality on multi-domains of school-age children in Taiwan: A ntal approach	Hsinyi Chen, Mei-Fang Chen, Te-Sheng Chang, Yuan-Shun Lee, Hsin-Ping Chen, 2010.	Taiwan	Personality and Individual Difference	48	Age; Gender; Individual differences.	Foram incluídos no trabalho 16.322 homens e 15.412 mulheres, crianças e adolescentes com idades entre 6-17. Os dados foram coletados separadamente via 11 testes psicológicos.	Estudo experimental com abordagem quantitativa. Para investigar as tendências de desenvolvimento, as crianças foram divididas em quatro níveis de Idade: 6-8, 9-11, 12-14, e 15-17. Foram 205 comparações, analisando as diferenças de gênero para cada traço, em cada faixa etária.	Buscou reconhecer tanto as diferenças de gênero quanto as semelhanças de gênero, pois as diferenças não são deficiências, e é só através do estudo cuidadoso das diferenças que semelhanças podem ser reveladas.	1) Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV); 2) Otis-Lennon School Ability Test-VIII (OLSAT-VIII); 3) Differential Aptitude Test-V (DAT-V); 4) Raven's progressive matrices; 5) Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (W-G); 6) Test of Critical Thinking Skills for Primary and Secondary School Students (TCTS-PS); 7) Beck Youth Inventories-II (BYI-II); 8) Student Style Questionnaire (SSQ); 9) The Gordon Personal Profile Inventory (GPP-I); 10) Saying no to inappropriate requests; 11) General Interest Inventory (GII).	Entre esses 11 testes, 8 são testes amplamente utilizados internacionalmente. Estes testes são adaptados para o uso em Taiwan e têm confiabilidade semelhante às versões americanas. Os meninos maiores apresentaram comportamentos de violar regras e meninas mostraram mais emoções negativas, como depressão e ansiedade.	No geral, os resultados suportam a importância de ver a realidade de gênero a partir de uma perspectiva de desenvolvimento. Os resultados revelaram que houve diferenças na personalidade. A magnitude e direções das diferenças de gênero para a maioria das habilidades cognitivas variam de acordo com as faixas etárias.

Tabela 4: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Base Springerlink (3)											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
1) Aspects of Mothers' Parenting: Independent and Specific Relations to Children's Depression, Anxiety, and Social Anxiety Symptoms.	Natalie Scanlon, Catherine Epkins, 2013	M. Estados Unidos da América	Journal of Child and Family Studies.	18	Children's depressive symptoms Children's anxiety Children's social anxiety	124 sujeitos (mãe e criança - 94,4%). Sete crianças não eram biologicamente relacionadas a suas mães, mas uma das tinha vivido com a mãe por um período de pelo menos 5 anos. Crianças com idades entre 10 a 12 anos (M idade 10,75 anos, DP = 0,93 anos).	Mães e crianças independente mente dois pacotes aleatoriamente ordenados e de medidas; um pacote continha medidas pessoais e as outras medidas contidas, sobre o outro.	Examinar aspectos específicos da parentalidade (aceitação / rejeição e controle comportamental) e todos os três tipos de sintomas de internalização das crianças (depressão, ansiedade, e ansiedade social) simultaneamente.	1) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), 2) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y), 3) The Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R), 4) Child Behavior Checklist (CBCL)	Relatório das crianças de controle comportamental estava relacionado com o relatório de problemas de ansiedade das crianças. Os relatórios das crianças de aceitação / rejeição foram Depressão e ansiedade infantil autorrelatados nos inventários BDI-Y e BAI-Y foram consistentes com as amostras comunitárias, relatos das mães e o CBCL também foram consistentes.	A rejeição materna está relacionada à depressão infantil. Além disso, relatório de rejeição das mães estava relacionado aos relatórios das crianças com problemas afetivos. A rejeição materna é o único sintoma depressivo autorrelatado pelas crianças.

Continuação da Tabela 4: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Crítérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
2) Girls' Rumination and Anxiety Sensitivity: Are They Related After Controlling for Girl, Maternal, and Parenting Factors?	Christie Gardner, Catherine C. Epkins, 2012	Estados Unidos da América	Child & Youth Care Forum – Springer.	41	Children's anxiety sensitivity Children's rumination Cognitive vulnerability to depression and anxiety Parenting	125 mães e filhas (meninas com idades entre 9-12) recrutados através de atividades comunitárias (por exemplo, acampamentos, eventos esportivos, igrejas, eventos sazonais, etc.).	Estudo experimental. O estudo se concentrou em pensamentos das mães e das meninas, sentimentos e comportamentos. As mães e as meninas responderam dois pacotes de medidas: um contendo medidas pessoais (ordenado aleatoriamente), e a segunda sobre as medidas relativas entre si e / ou sua relação (ordenado aleatoriamente).	O objetivo desse estudo foi analisar as relações entre ruminação e a sensibilidade à ansiedade e depressão nas meninas e nas mães, bem como as suas vulnerabilidades cognitivas através de testes psicológicos.	1) Children's Response Style Questionnaire (CRSQ) 2) Ruminative Response Scale (RRS) 3) Child Anxiety Sensitivity Index (CASI) 4) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), 5) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) 6) Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) 7) Parental Acceptance and Rejection Questionnaire (PARQ)	Relações significativas e únicas entre ruminação em meninas e sensibilidade à ansiedade. As meninas pré-adolescentes têm maiores taxas de sintomas depressivos e ansiosos e transtornos do que os homens, com início na adolescência, o que continua na idade adulta. As relações entre a sensibilidade e a ansiedade das meninas e ruminação apareceram de forma marcante, mesmo quando outros fatores relacionados a essas vulnerabilidades foram controlados.	Portanto, os resultados somam-se aos recentes avanços nos modelos de vulnerabilidade cognitiva integradoras, que destacam a importância de examinar várias vulnerabilidades cognitivas e examinar a especificidade de cada uma para a depressão e a ansiedade.

Continuação da Tabela 4: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Período	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
3) Rumination and Anxiety Sensitivity in Preadolescent Girls: Independent, Combined, and Specific Associations with Depressive and Anxiety Symptoms.	Catherine C. Epkins, Christie Gardner, Natalie Scanlon, 2013	Estados Unidos da América.	Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.	35	Children's depression; Children's anxiety ; Ruminatio; Anxiety sensitivity; Cognitive vulnerability	125 mães e filhas (meninas com idades entre 9-12) recrutados através de atividades comunitárias (por exemplo, acampamentos, eventos esportivos, igrejas, eventos sazonais, etc.).	Estudo experimental. O estudo se concentrou em pensamentos das mães e das meninas, sentimentos e comportamentos. As mães e as meninas responderam dois pacotes de medidas: um contendo medidas pessoais (ordenado aleatoriamente), e a segunda sobre as medidas relativas entre si e / ou sua relação (ordenado aleatoriamente).	Objetiva avaliar se: 1) a ansiedade e ruminação (e não a sensibilidade à ansiedade) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à depressão de meninas e 2) se depressão e sensibilidade à ansiedade (e não ruminação) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à ansiedade das meninas.	1) Children's Response Style Questionnaire (CRSQ); 2) Child Anxiety Sensitivity Index (CASI); 3) Beck Depression Inventory for Youth(BDI-Y); 4) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y).	1) há distinções entre ruminação e sensibilidade à ansiedade, 2) ruminação e sensibilidade à ansiedade são vulnerabilidades sobrepostas ainda independentes ou se correlacionam tanto para a depressão quanto para a ansiedade, e 3) quando os sintomas são considerados comorbidades, ruminação é exclusivamente e especificamente relacionados com sensibilidade a depressão e não a ansiedade, e a ansiedade é única e especificamente relacionados com a ansiedade e não a depressão.	Conclui-se que os resultados destacaram a importância de examinar as inter-relações e distinções entre vulnerabilidades cognitivas. Além disso, podem ter implicações de tratamento como: tratamento cognitivo-comportamental para a ansiedade e/ou depressão dos jovens, sensibilidade e / ou ruminação à ansiedade pode ser uma variável de resultado relevante ou alvo do tratamento.

APÊNDICE B

Tabela 6: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Psycinfo.

Base Psycinfo											
(1)											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
1) Attention Orienting by Gaze and Facial Expressions Across Development	Karly Neath, Elizabeth S. Nilsen, Katarzyna Gittsovich, and Roxane J. Itier, (2013)	Canadá	Emotion	13	facial expressions, gaze orienting, development, theory of mind	Foram 222 participantes, com idades entre 7 a 25 anos foram divididos em oito grupos de idade.	A tarefa foi programada utilizando software de apresentação e consistiu em 10 blocos de 48 tentativas. Os participantes foram instruídos a manter a fixação sobre a cruz no centro da tela, e pediu para responder ao alvo de forma rápida e precisa, sem mover os olhos para o lado.	Avaliar a trajetória de desenvolvimento do efeito da atenção orientadora pelo olhar e como isso se relaciona com suas habilidades cognitivas.	1- State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) 2- Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y)	Todos os participantes pontuaram acima de 50% para todas as condições na tarefa de reconhecimento facial.	Os resultados revelaram que os participantes reconheceram as expressões faciais de forma adequada em cada faixa etária.

Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciencedirect Elsevier.

<u>Base Sciencedirect Elsevier (6)</u>											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
1) Ashtanga yoga for children and adolescents for weight management and psychological well being: An uncontrolled open pilot study.	Sandra Benavides, Joshua Caballero, 2009.	Estados Unidos da América	Complementary Therapies in Clinical Practice	15	Yoga Pediatrics Obesity Diabetes Self-concept	12 Crianças e adolescentes, com idades entre 8-15 anos, e deveriam ter pelo menos um dos seguintes fatores de risco para diabetes tipo 2, conforme definido pela American Diabetic Association: excesso de peso ou parente de primeiro grau com diabetes tipo 2.	Estudo experimental quantitativo. 12 semanas com um programa de ioga. Todos os participantes completaram inventários de autoconceito, ansiedade e depressão no início e no término do programa.	Determinar o efeito da yoga no peso em jovens em risco de desenvolver diabetes tipo 2 e o impacto da participação em yoga no autoconceito e sintomas psiquiátricos.	10) Serum concentrations of glucose, 11) total cholesterol (TC), 12) high density lipoprotein (HDL), 13) triglycerides, 14) C-reactive protein (CRP) 15) Lipoprotein (LDL) 16) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y); 17) Beck Self Concept Inventory for Youth (BSCI-Y); 18) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y)	A maioria dos participantes perdeu uma média de 2 kg após um programa de 12 semanas que é consistente com outras intervenções de perda de peso. Além disso, os participantes demonstraram melhorias nos estoques psiquiátricos; sugerindo, a Yoga pode fornecer benefícios de saúde mental.	Conclui-se que a Yoga pode ser uma alternativa para perda de peso em crianças e adolescentes. Neste momento, um currículo de yoga nas crianças, foi desenvolvido e está implantado em escolas de todo o país. Tais programas foram benéficos nesta população.

Continuação da Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Períodico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
2) Omega-3 fatty acids are inversely related to callous and unemotional traits in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder.	Rachel V. Gow, Frederic Vallee-Tourangeau, Michael Angus Crawford, Eric Taylor, KebreabGhebremes kel, Allain A. Bueno , Joseph R. Hibbeln , Alexander Sumich, Katya Rubia. 2013	Estados Unidos da América.	Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA).	88	Omega-3 fatty acids EPA Callous and unemotional traits (CU) ADHD	Foram incluídas 29 crianças do sexo masculino com TDAH e idade entre 12 e 16 anos. Os critérios de exclusão eram baseada em uma pontuação de QI abaixo de 70 e se tivessem tomado suplementos nos últimos 6 meses.	Estudo descritivo. Crianças com TDAH foi submetida a uma entrevista de diagnóstico e baseada em critérios do DSM-IV (Entrevista Infantil e Síndromes Psiquiátricas).	Testou se crianças com TDAH têm níveis plasmáticos anormais LC-PUFA e se os sintomas de TDAH e comportamentos associados são correlacionados com os níveis de LC-PUFA.	9) Beck Youth Inventories – Second Edition 10) Buss-Perry Aggression Scale; 11) Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS); 12) Barratt Impulsiveness Scale (BIS); 13) Strengths and Difficulties self-report scores Questionnaire (SDQ); 14) Essential Fatty Acid Deficiency Questionnaire (EFADQ); 15) Anti-Social Process Screening Device (APSD); 16) Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU)	Os resultados mostram, pela primeira vez, que os ácidos graxos foram associados negativamente a traços de comportamentais relacionados a antissociais e CU em TDAH.	Este estudo concluiu que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA e DHA foram associados com escores mais altos de traços insensíveis e antissociais em crianças com TDAH.

Continuação da Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
3) Violence Exposure as a Predictor of Internalizing and Externalizing Problems Among Children of Substance Abusers	Nicola Conners-Burrow, Lorraine McKelvey, Angela Kyzer, Taren Swindle, Rajalakshmi Cheerla, Shashank Kraleti. (2013)	Estados Unidos Da Améric a	Journal of Pediatric Nursing	28	Maternal substance abuse; Violence; Anxiety; Self-control; Pediatric mental health	A amostra estudada atual inclui 45 mães e seus 60 filhos.	Os dados deste estudo vêm da avaliação de um programa de tratamento de abuso de substâncias entre mãe e filho em Arkansas. Serviços de intervenção precoce são fornecidos conforme necessário para as crianças pequenas, e é fornecido apoio educacional para crianças em idade escolar.	O presente estudo analisa os resultados sociais e emocionais em uma amostra escolar com dois objetivos: descrever a ansiedade da criança e autocontrole na ingestão em tratamento com suas mães, e explorar até que ponto a relação entre crianças com problemas nas áreas de ansiedade e autocontrole pode ser explicada pela sua exposição à violência e ao crime.	1) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y); 2) Self Control—The Individual Protective Factors Index (IPFI); 3) Exposure to Crime and Violence—Things I've Seen and Heard (TSH).	Os resultados pareceram consistentes com outros estudos. Os resultados deste estudo também sugerem que quanto mais cedo e frequente seu uso for, mais problemas de autocontrole as crianças apresentaram.	A amostra foi pequena, porém, mesmo com limitações, o estudo apontou a importância de relatar sobre a violência com crianças e a necessidade de projetos de intervenção com o intuito de trabalhar os traumas que inúmeras crianças sofrem evitando futuros problemas emocionais e comportamentais.

Continuação da Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
4) Relationships Among Factors Related to Body Mass Index, Healthy Lifestyle Beliefs and Behaviors, and Mental Health Indicators for Youth in a Title 1 School.	Judith O'Haver, Diana Jacobson, Stephanie Kelly, Bernadette Mazurek Melnyk. 2013.	Estados Unidos da América	Journal of Pediatric Health Care.	27	Body Mass Index (BMI), Children, mental health, Adolescents healthbeliefsandbehaviors	Estudantes entre 10 e 13 anos matriculados nas 5 ^a e 6 ^a séries. Os adolescentes deverão estar Saudáveis.	Este é um projeto transversal, descriptivo e correlaciona em uma amostra de conveniência de jovens em uma escola urbana. O IMC foi calculado. Os participantes preencheram questionários que avaliam crenças e comportamentos saudáveis, atividade e nutrição do conhecimento, e indicadores de saúde mental.	Buscou relacionar o índice de massa corporal (IMC), crenças e comportamentos de vida saudáveis, e os indicadores de saúde mental para crianças da 5 ^a e 6 ^a série em uma escola.	6) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); Demographic variables; 7) Healthy Lifestyle Belief Scale; 8) Healthy Lifestyle Behaviors Scale; 9) Activity and Nutrition Knowledge Scales	As crianças com maior IMC relataram dificuldade em viver um estilo de vida saudável. Sintomas de Ansiedade e depressão não foram significativamente relacionados com indicadores de estilo de vida saudáveis.	A pesquisa indicou que raça/etnia e status socioeconômico podem estar relacionados com os recursos disponíveis para o tratamento de problemas de saúde mental em crianças.

Continuação da Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
5) Gender reality on multi-domains of school-age children in Taiwan: A ntal approach	Hsinyi Chen, Mei-Fang Chen, Te-Sheng Chang, Yuan-Shun Lee, Hsin-Ping Chen, 2010.	Taiwan	Personality and Individual Difference	48	Age; Gender; Individual differences.	Foram incluídos no trabalho 16.322 homens e 15.412 mulheres, crianças e adolescentes com idades entre 6-17. Os dados foram coletados separadamente via 11 testes psicológicos.	Estudo experimental com abordagem quantitativa. Para investigar as tendências de desenvolvimento, as crianças foram divididas em quatro níveis de Idade: 6-8, 9-11, 12-14, e 15-17. Foram 205 comparações, analisando as diferenças de gênero para cada traço, em cada faixa etária.	Buscou reconhecer tanto as diferenças de gênero quanto as semelhanças de gênero, pois as diferenças não são deficiências, e é só através do estudo cuidadoso das diferenças que semelhanças podem ser reveladas.	12) Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV); 13) Otis-Lennon School Ability Test-VIII (OLSAT-VIII); 14) Differential Aptitude Test-V (DAT-V); 15) Raven's progressive matrices; 16) Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (W-G); 17) Test of Critical Thinking Skills for Primary and Secondary School Students (TCTS-PS); 18) Beck Youth Inventories-II (BYI-II); 19) Student Style Questionnaire (SSQ); 20) The Gordon Personal Profile Inventory (GPP-I); 21) Saying no to inappropriate requests; 22) General Interest Inventory (GII).	Entre esses 11 testes, 8 são testes amplamente utilizados internacionalmente. Estes testes são adaptados para o uso em Taiwan e têm confiabilidade semelhante às versões americanas. Os meninos maiores comportamentos de violar regras e meninas mostraram mais emoções negativas, como depressão e ansiedade.	No geral, os resultados suportam a importância de ver a realidade de gênero a partir de uma perspectiva de desenvolvimento. Os resultados revelaram que houve diferenças na personalidade. A magnitude e direções das diferenças de gênero para a maioria das habilidades cognitivas variou de acordo com as faixas etárias.

Continuação da Tabela 7: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
6) The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse adolescents : Baseline characteristics and methods.	Bernadette Mazurek Melnyk, Stephanie Kelly, Diana Jacobson, Michael Belyea, Gabriel Shaibi, Leigh Small, Judith O'Haver, Flavio Francisco Marsiglia. 2013	Estados Unidos da América	Contemporary Clinical Trials	36	Adolescents RCT High school Prevention Overweight Mental health	Incluíram 779 adolescentes de 14 a 16 anos de idade matriculados em uma aula de saúde em uma das 11 escolas participantes;	O estudo COPE TEEN é um estudo de quatro anos, prospectivo, randomizado e controlado por adolescentes do ensino médio, com idades entre 14 a 16 anos. A intervenção COPE TEEN é realizada em 15 sessões de psicoeducação com a abordagem cognitivo-comportamental com intuito de desenvolver habilidades.	O objetivo primário do estudo é avaliar se adolescentes na intervenção COPE TEEN têm comportamentos saudáveis de estilo de vida mais elevado, menor ganho de peso e sintomas menos depressivos do que os adolescentes que receberam a intervenção do controle da atenção imediatamente e aos 6 e 12 meses após a intervenção. O objetivo secundário é o de analisar se a intervenção COPE TEEN também melhora habilidades sociais e desempenho acadêmico	14) Acculturation, Habits, and Interests Multicultural Scale for Adolescents (AHIMSA); 15) Healthy Lifestyle Beliefs Scale; 16) Perceived difficulty scale; 17) Healthy Lifestyle Behaviors Scale; 18) Physical activity; 19) Anthropometric measures; 20) Social Skills Rating System (SSRS); 21) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); 22) Nutrition and activity knowledge scales; 23) Cholesterol; 24) Demographic variables; 25) Academic achievement; 26) Incentives.	Resultados indicam que 40% da amostra tem excesso de peso (n = 148, 19,00%) e obesos (n = 182, 23,36%). No início do estudo, 15,79% (n = 123) dos estudantes tiveram valores acima da média com o Beck Depression Inventory for Youth, indicando os resultados,	Este estudo mostra a viabilidade de recrutar uma grande amostra, principalmente latino-americanos. Resultados da linha de base identificaram a necessidade da implementação de um programa de estilo de vida saudável e de promover uma boa alimentação, atividade física e estratégias positivas para lidar com estressores diários.

Tabela 8: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Anxiety Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Base Springerlink (4)											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
1) Aspects of Mothers' Parenting: Independent and Specific Relations to Children's Depression, Anxiety, and Social Anxiety Symptoms.	Natalie Scanlon, Catherine Epkins, 2013	M. Estados Unidos da América	Journal of Child and Family Studies.	18	Children's depressive symptoms Children's anxiety Children's social anxiety	124 sujeitos (mãe e criança - 94,4%). Sete crianças não eram biologicamente relacionadas a suas mães, mas uma delas tinha vivido com a mãe por um período de pelo menos 5 anos. Crianças com idades entre 10 a 12 anos (M idade 10,75 anos, DP = 0,93 anos).	Mães e crianças completaram independentemente dois pacotes aleatoriamente ordenados e todos os três tipos de sintomas de internalização das crianças (depressão, ansiedade, e outras medidas contidas, sobre o outro).	Examinar aspectos específicos da parentalidade (aceitação / rejeição e controle comportamental)	5) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), 6) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y), 7) The Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R), 8) Child Behavior Checklist (CBCL)	Relatório das crianças de controle comportamental estava relacionado com o relatório de problemas de ansiedade das crianças. Os relatórios das crianças de aceitação / rejeição foram Depressão e ansiedade infantil autorrelatados nos inventários BDI-Y e BAI-Y foram consistentes com as amostras comunitárias, relatos das mães e o CBCL também foram consistentes.	A rejeição materna está relacionada à depressão infantil. Além disso, relatório de rejeição das mães estava relacionado aos relatórios das crianças com problemas afetivos. A rejeição materna é o único sintoma depressivo autorrelatado pelas crianças.

Continuação da Tabela 8: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Crítérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
2) Temperament, Peer Victimization, and Nurturing Parenting in Child Anxiety: A Moderated Mediation Model	Nicholas W. Affrunti, Elena M. C. Geronimi, Janet Woodruff-Borden.(2013)	Estados Unidos Da América	Child Psychiatry Hum Dev	13	Fearful temperament; Child anxiety; Peer victimization; Parenting ;Nurturance	124 pais e filhos. Os pais tinham idades entre 26 e 65 anos ($M = 40,0$, $DP = 6,6$), eram em sua maioria mães (91,1%), casados (88,7%), teve um grau de bacharel ou de maior nível de escolaridade (71,3%), e teve uma renda familiar anual de \$ 60.000 ou mais (72,1%).	O estudo buscou investigar os efeitos de vitimização entre crianças e os pais sobre a relação entre temperamento, medo e a ansiedade da criança.	A pesquisa teve como objetivo identificar os comportamentos negativos dos pais (ou seja, aqueles comportamentos que podem colocar a criança em risco de desenvolver ansiedade) que contribuem para a ansiedade, como supercontrole.	1) Beck Anxiety Inventory for Youths (BAI-Y); 2) Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TM-CQ); 3) Peer Relations Questionnaire-child form (PRQ); 4) Parenting Dimensions Inventory-Short Form (PDI-S); 5) Statistical Package for Social Sciences (SPSS).	O presente estudo testou um modelo de mediação moderado para investigar os respectivos efeitos de vitimização e carinho dos pais sobre a relação entre temperamento medo e a ansiedade da criança.	A pesquisa demonstra que o carinho dos pais pode ser um fator específico de proteção para a vitimização na ansiedade da criança.

Continuação da Tabela 8: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
3) Girls' Rumination and Anxiety Sensitivity: Are They Related After Controlling for Girl, Maternal, and Parenting Factors?	Christie Gardner, Catherine C. Epkins, 2012	Estados Unidos da América	Child & Youth Care Forum – Springer.	41	Children's anxiety sensitivity Children's rumination Cognitive vulnerability to depression and anxiety Parenting	125 mães e filhas (meninas com idades entre 9-12) recrutados através de atividades comunitárias (por exemplo, acampamentos, eventos esportivos, igrejas, eventos sazonais, etc.).	Estudo experimental. O estudo se concentrou em pensamentos das mães e das meninas, sentimentos e comportamentos. As mães e as meninas responderam dois pacotes de medidas: um contendo medidas pessoais (ordenado aleatoriamente), e a segunda sobre as medidas relativas entre si e / ou sua relação (ordenado aleatoriamente).	O objetivo desse estudo foi analisar as relações entre ruminação e a sensibilidade à ansiedade e depressão nas meninas e nas mães, bem como as suas vulnerabilidades cognitivas através de testes psicológicos.	8) Children's Response Style Questionnaire (CRSQ) 9) Ruminative Response Scale (RRS) 10) Child Anxiety Sensitivity Index (CASI) 11) Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y), 12) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y) 13) Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II) 14) Parental Acceptance and Rejection Questionnaire (PARQ)	Relações significativas e únicas entre ruminação em meninas e sensibilidade à ansiedade. As meninas pré-adolescentes têm maiores taxas de sintomas depressivos e ansiosos e transtornos do que os homens, com início na adolescência, o que continua na idade adulta. As relações entre a sensibilidade e a ansiedade das meninas e ruminação apareceram de forma marcante, mesmo quando outros fatores relacionados a essas vulnerabilidades foram controlados.	Portanto, os resultados somam-se aos recentes avanços nos modelos de vulnerabilidade cognitiva integradoras, que destacam a importância de examinar várias vulnerabilidades cognitivas e examinar a especificidade de cada uma para a depressão e a ansiedade.

Continuação da Tabela 8: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Depression Inventory for Youth”, na Base Springerlink.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Período	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
4) Rumination and Anxiety Sensitivity in Preadolescent Girls: Independent, Combined, and Specific Associations with Depressive and Anxiety Symptoms.	Catherine C. Epkins, Christie Gardner, Natalie Scanlon, 2013	Estados Unidos da América.	Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.	35	Children's depression; Children's anxiety ; Ruminatio; Anxiety sensitivity; Cognitive vulnerability	125 mães e filhas (meninas com idades entre 9-12) recrutados através de atividades comunitárias (por exemplo, acampamentos, eventos esportivos, igrejas, eventos sazonais, etc.).	Estudo experimental. O estudo se concentrou em pensamentos das mães e das meninas, sentimentos e comportamentos. As mães e as meninas responderam dois pacotes de medidas: um contendo medidas pessoais (ordenado aleatoriamente), e a segunda sobre as medidas relativas entre si e / ou sua relação (ordenado aleatoriamente).	Objetiva avaliar se: 1) a ansiedade e ruminação (e não a sensibilidade à ansiedade) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à depressão de meninas e 2) se depressão e sensibilidade à ansiedade (e não ruminação) permaneceriam exclusivamente e especificamente relacionadas à ansiedade das meninas.	5) Children's Response Style Questionnaire (CRSQ); 6) Child Anxiety Sensitivity Index (CASI); 7) Beck Depression Inventory for Youth(BDI-Y); 8) Beck Anxiety Inventory for Youth (BAI-Y).	1) há distinções entre ruminação e sensibilidade à ansiedade, 2) ruminação e sensibilidade à ansiedade são vulnerabilidades sobrepostas ainda independentes ou se correlacionam tanto para a depressão quanto para a ansiedade, e 3) quando os sintomas são considerados comorbidades, ruminação é exclusivamente e especificamente relacionados com sensibilidade a depressão e não a ansiedade, e a ansiedade é única e especificamente relacionados com a ansiedade e não a depressão.	Conclui-se que os resultados destacaram a importância de examinar as inter-relações e distinções entre vulnerabilidades cognitivas. Além disso, podem ter implicações de tratamento como: tratamento cognitivo-comportamental para a ansiedade e/ou depressão dos jovens, sensibilidade e / ou ruminação à ansiedade pode ser uma variável de resultado relevante ou alvo do tratamento.

APÊNDICE C

Tabela 10: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”, na Base Sciencedirect Elsevier.

<u>Base</u> <u>Sciencedirect</u> <u>Elsevier (3)</u>											
Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Periódico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
8) Emotional intelligence as a moderator of stressor-mental health relations in adolescence : Evidence for specificity.	Sarah K. Davis, Neil Humphrey, 2011.	Inglaterra, Reino Unido.	Personality and Individual Differences.	52	Emotional intelligence Mental health Depression Disruptive behaviour Stress Adolescence	412 jovens (214 mulheres; 198 homens) com idades entre 11-16 anos.	Estudo experimental com abordagem quantitativa. Os estudantes responderam questionários individualmente.	Investigou se a Inteligência Emocional (EI) ajusta os estressores da vida (disfunção familiar, eventos de vida negativos e adversidades socioeconômico) e a saúde mental (depressão e sintomatologia comportamento disruptivo).	7) Trait Emotional Intelligence Questionnaire- Adolescent Short Form (TEIQue-ASF); 8) Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test-Youth (MSCEIT); 9) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); 10) Mc Master Family Assessment Device (FAD); 11) Adolescent Perceived Events Scale-Short Form (APES-SF); 12) Family Affluence Scale (FAS II);	Análises de Regressão descobriram que, enquanto altos níveis de traço EI enfraquece relações de saúde e estressores mentais; altos níveis de habilidade de EI amplifica as associações. São discutidas implicações para a construção de programas de intervenção.	Este estudo mostrou que as vias que ligam Inteligência Emocional(EI) e saúde mental são complexas, ao passo que os adolescentes com maior competência emocional autopercebida e real relataram níveis mais baixos de sintomatologia com as tendências esperadas; portanto, a EI pode não ser universalmente vantajosa. Efeitos específicos de estressores foram encontrados; a EI não conseguiu modificar os efeitos de eventos cumulativos negativos da vida.

Continuação da Tabela 10: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”, na Base Sciencedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Períodico	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
9) Omega-3 fatty acids are inversely related to callous and unemotional traits in adolescent boys with attention deficit hyperactivity disorder.	Rachel V. Gow, Frederic Vallee-Tourangeau, Michael Angus Crawford, Eric Taylor, KebreabGhebremes kel, Allain A. Bueno , Joseph R. Hibbeln , Alexander Sumich, Katya Rubia. 2013	Estados Unidos da América.	Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA).	88	Omega-3 fatty acids EPA Callous and unemotional traits (CU) ADHD	Foram incluídas 29 crianças do sexo masculino e adolescentes com TDAH e idade entre 12 e 16 anos. Os critérios de exclusão eram baseada em uma pontuação de QI abaixo de 70 e se tivessem tomado suplementos nos últimos 6 meses.	Estudo descriptivo. Crianças com TDAH foi submetida a entrevista de diagnóstico exclusão eram baseada em critérios do DSM-IV (Entrevista Infantil e Síndromes Psiquiátricas).	Testou se crianças com TDAH têm níveis plasmáticos anormais LC-PUFA e se os sintomas de TDAH e comportamentos associados são correlacionados com os níveis de LC-PUFA.	17) Beck Inventories – Second Edition (BYI-II); 18) Buss-Perry Aggression Scale; 19) Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS); 20) Barratt Impulsiveness Scale (BIS); 21) Strengths and Difficulties self-report scores Questionnaire (SDQ); 22) Essential Fatty Acid Deficiency Questionnaire (EFADQ); 23) Anti-Social Process Screening Device (APSD); 24) Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU)	Os resultados mostraram, pela primeira vez, que os ácidos graxos foram associados negativamente a traços comportamentais relacionados a antissociais e CU em TDAH.	Este estudo concluiu que os níveis sanguíneos mais baixos, ômega-3, EPA e DHA foram associados com escores mais altos de traços de comportamentos relacionados a antissociais e insensíveis e antissociais em crianças com TDAH.

Continuação da Tabela 10: Caracterização dos estudos, com o descritor “Beck Disruptive Behavior Inventory for Youth”, na Base Sciedirect Elsevier.

Título do artigo	Autores/Ano de publicação	País da Publicação	Período	Vol.	Palavras-chave	Critérios de inclusão e exclusão/amostra	Tipo de Intervenção	Objetivo do estudo	Instrumentos utilizados para avaliação	Resultados	Conclusões
3) The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse high school adolescents: Baseline characteristics and methods.	Bernadette Mazurek Melnyk, Stephanie Kelly, Diana Jacobson, Michael Belyea, Gabriel Shaibi, Leigh Small, Judith O'Haver, Flávio Francisco Marsiglia. 2013	Estados Unidos da América	Contemporary Clinical Trials	36	Adolescents RCT High school Prevention Overweight Mental health	Incluíram 779 adolescentes de 14 a 16 anos de idade matriculados em uma aula de saúde em uma das 11 escolas participantes;	O estudo COPE TEEN é um estudo de quatro anos, prospectivo, randomizado e controlado por adolescentes do ensino médio, com idades entre 14 a 16 anos. A intervenção COPE TEEN é realizada em 15 sessões de psicoeducação com a abordagem cognitivo-comportamental com intuito de desenvolver habilidades.	O objetivo primário do estudo é avaliar se adolescentes na intervenção COPE TEEN têm comportamentos saudáveis de estilo de vida mais elevado, menor ganho de peso e sintomas menos depressivos do que os adolescentes que receberam a intervenção do controle da atenção imediatamente e aos 6 e 12 meses após a intervenção. O objetivo secundário é o de analisar se a intervenção COPE TEEN também melhora habilidades sociais e desempenho acadêmico	27) Acculturation, Habits, and Interests Multicultural Scale for Adolescents (AHIMSA); 28) Healthy Lifestyle Beliefs Scale; 29) Perceived difficulty scale; 30) Healthy Lifestyle Behaviors Scale; 31) Physical activity; 32) Anthro pometric measures; 33) Social Skills Rating System (SSRS); 34) Beck Youth Inventories – Second Edition (BYI-II); 35) Nutrition and activity knowledge scales; 36) Cholesterol; 37) Demographic variables; 38) Academic achievement; 39) Incentives.	Resultados indicam que 40% da amostra tem excesso de peso ($n = 148$, 19,00%) e obesos ($n = 182$, 23,36%). No início do estudo, 15,79% ($n = 123$) dos estudantes tiveram valores acima da média com o Beck Depression Inventory for Youth, indicando os resultados,	Este estudo mostra a viabilidade de recrutar uma grande amostra, principalmente latino-americanos. Resultados da linha de base identificaram a necessidade da implementação de um programa de estilo de vida saudável e de promover uma boa alimentação, atividade física e estratégias positivas para lidar com estressores diários.