

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vulnerabilidade Cognitiva para Depressão em Crianças e Adolescentes

Belo Horizonte

2014

VANESSA MARIA DE ALMEIDA

Vulnerabilidade Cognitiva para Depressão em Crianças e Adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração:
Desenvolvimento Humano

Linha de Pesquisa: Diferenças Individuais

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Leôni
Martins Teodoro

Belo Horizonte

2014

À minha mãe, exemplo valioso de mãe e mulher que, apesar de todas as suas fragilidades, motivou-me sempre a dizer sim à vida. Aquela que acreditou em mim, mesmo nas ocasiões em que eu mesma descreditei.

AGRADECIMENTOS

À minha família, sobretudo à minha mãe, Corina, por me encorajar e se sacrificar em tantas ocasiões para que eu chegasse até aqui.

Aos meus amigos do Centro de Doutrina Social da Igreja Robert Schuman, em especial à Laís, por serem para mim exemplo de dedicação àquilo que se ama.

À Alline, por sua amizade sincera, disponível e desinteressada ao longo de todos esses anos.

Ao Bruno, por ter me ajudado a enxergar a leveza da vida.

Ao Neyfsom, ao Thiago e à Hunayara, com os quais pude compartilhar todas as dores, dilemas e alegrias do percurso.

Ao Maycoln, que me abriu às portas mesmo sem conhecer meu trabalho e que me proporcionou excelentes oportunidades, mostrando-me que além de grande pesquisador, é um ser humano admirável. Agradeço-o pela sua real disponibilidade, preocupação e atenção.

À minha professora do longínquo oitavo ano do ensino fundamental, Maria Helena, que me mostrou que é possível ter sonhos ousados.

A todos do LabCog, que deram contribuições extremamente valiosas para a concretização deste trabalho, sobretudo à Mariana e à Priscilla, que coordenaram todo o processo de coleta e digitação dos dados.

A todos os amigos e mestres, cujos nomes não citei aqui, mas que direta ou indiretamente me possibilitaram concretizar mais essa etapa.

Finalmente, graças a Ti, Cristo Rei, Senhor e Autor da Vida, por guiar-me nos caminhos que não eram meus, mas que meus se tornaram porque os escolheste para mim!

“Contos de fadas são mais que verdadeiros: não porque eles nos dizem que dragões existem, mas porque eles nos dizem que dragões podem ser derrotados.”

C. K. Chesterton

RESUMO

ALMEIDA, V. M. Vulnerabilidade Cognitiva para Depressão em Crianças e Adolescentes. 104 f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Vulnerabilidade cognitiva para a depressão refere-se à presença de cognições disfuncionais, que aliadas à vivência de eventos estressores, propiciariam o aparecimento de sintomas depressivos. Este é um conceito pesquisado extensamente em amostras de adultos. No entanto, os dados ainda não são claros para crianças e adolescentes. Diante disso, foi conduzida uma revisão de literatura para a verificação da vulnerabilidade cognitiva para a depressão nesta população. Foram consultadas as bases de dados Web of Science, MEDLINE, OneFile, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, ERIC e PubMed Central para a busca de artigos. Após análise dos mesmos, 13 trabalhos foram incluídos na revisão. Os resultados reportaram inconclusividade acerca da presença de vulnerabilidade cognitiva e do paradigma de diátese-estresse em crianças e adolescentes. Uma das hipóteses é que, nessa faixa etária, as cognições disfuncionais estão ainda se constituindo. Diante das informações obtidas através da revisão, buscou-se realizar um estudo longitudinal que se propusesse a investigar a vulnerabilidade cognitiva para depressão em crianças e adolescentes. Para tal, foi utilizada uma amostra de 225 indivíduos, com idade compreendida entre dez e 16 anos, que foram avaliados pelo Inventário de Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes (ITC-CA) e pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI). Os participantes foram reavaliados com os mesmos instrumentos e com o Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência (IEEA) 8,4 meses após a primeira avaliação. Os resultados retrataram a importância, além das cognições negativas, também das cognições positivas relacionadas ao *self* e ao mundo para a predição dos sintomas depressivos. Além disso, os sujeitos com cognições negativas acima do percentil 75, denominados vulneráveis, ao vivenciarem altos índices de estresse, apresentaram taxas de sintomas depressivos muito mais intensos que os sujeitos também vulneráveis, mas com vivência de estresse em níveis baixo e moderado. Tal resultado nos remete à

possibilidade da existência de certo limiar de níveis de estresse em crianças e adolescentes vulneráveis para o aparecimento da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. São apresentadas sugestões para a realização de novos estudos a partir dos dados encontrados.

Palavras-chave: vulnerabilidade cognitiva, depressão, criança, adolescente, diátese-estresse, tríade cognitiva.

ABSTRACT

ALMEIDA, V. M. Cognitive Vulnerability to Depression in Children and Adolescents. 104 p. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Cognitive vulnerability to depression refers to the presence of dysfunctional cognitions, which allied with the experience of stressful events, would favor the emergence of depressive symptoms. This is a widely researched concept in adult samples. However, the data are not yet clear for children and adolescents. For the above reason, we conducted a literature review in order to verify a cognitive vulnerability to depression in this population. The databases Web of Science, MEDLINE, OneFile, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, ERIC and PubMed Central were used in the search for articles. After their examination, 13 articles were included in the review. The results reported inconclusiveness about the presence of cognitive vulnerability and diathesis-stress paradigm in children and adolescents. One hypothesis is that at this age, dysfunctional cognitions are still forming. Given the information obtained through the review, we sought to conduct a longitudinal study that undertook to investigate the cognitive vulnerability to depression in children and adolescents. To this end, a sample of 225 individuals, aged between ten and 16 years old, who were assessed by the *Inventário de Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes* (ITC-CA) and the *Inventário de Depressão Infantil* (CDI), was used. The participants were evaluated with the same instruments as well as the *Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência* (IEEA) 8.4 months after the first evaluation. The results portrayed the importance of positive cognitions, in addition to negative cognitions, related to the self and the world for the prediction of depressive symptoms. In addition, subjects with negative cognitions above the 75 percentile, called vulnerable, facing high levels of stress had more severe rates of depressive symptoms than vulnerable individuals with the experience of stress in low and moderate levels. This result leads us to the possibility of the existence of certain threshold levels of stress in children and

adolescents vulnerable to the onset of depressive symptoms. Suggestions for new studies from the data obtained are presented.

Keywords: Cognitive vulnerability, depression, child, adolescent, diathesis-stress, cognitive triad.

LISTA DE SIGLAS

ACSQ	<i>Adolescent Cognitive Style Questionnaire</i>
CASI	<i>Children's Attributional Style Interview</i>
CDAS	<i>Children's Dysfunctional Attitudes Scale</i>
CASQ	<i>Children's Attributional Style Questionnaire</i>
CATQ	<i>Automatic Thoughts Questionnaire</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i> ou <i>Inventário de Depressão Infantil</i>
CDRS-R	<i>Children's Depression Rating Scale-Revised</i>
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CES-DC	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children</i>
CTI-C	<i>Cognitive Triad Interview for Children</i>
ITC-CA	<i>Inventário de Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes</i>
DAS	<i>Dysfunctional Attitudes Scale</i>
HASC	<i>Children's Hassles Scale</i>
IDD	<i>Inventory to Diagnose Depression</i>
IDD-L	<i>Inventory to Diagnose Depression- Lifetime Version</i>
K-SADS	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children</i>
LEC	<i>Life Events and Circumstances</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

LISTA DE TABELAS

Tabelas do artigo 1

Tabela 1 – Estudos sobre vulnerabilidade cognitiva em crianças e adolescentes.....	30
--	----

Tabelas do artigo 2

Tabela 2 – Média, Desvio-padrão e Significância entre os Grupos Masculino e Feminino em Relação as Crenças cognitivas (ITC-CA) e Sintomas depressivos (CDI).....	70
Tabela 3- Correlação de Pearson das Crenças Cognitivas e Sintomas Depressivos nos Tempos 1 e 2.....	71
Tabela 4 - Análise de Regressão Hierárquica com o Método Enter para os Sintomas Depressivos no Tempo 2	72
Tabela 5 - Média (Desvio-Padrão) do Risco de Acordo com a Vulnerabilidade dos Participantes.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figuras do artigo 1

Figura 1 – Esquema Representativo dos Procedimentos de Seleção dos Artigos.....	28
---	----

Figuras do artigo 2

Figura 2 – Interação entre os Níveis de Estresse e de Vulnerabilidade Cognitiva na Predição dos Sintomas Depressivos.....	74
---	----

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2	ARTIGO 1.....	20
	Introdução	23
	Método	26
	Resultados	26
	Discussão	49
	Referências	53
3	ARTIGO 2	60
	Introdução.....	64
	Método.....	67
	Resultados.....	69
	Discussão.....	75
	Referências.....	78
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
5	REFERÊNCIAS	84
6	ANEXOS	94

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A depressão é um transtorno que afeta um número considerável de crianças e adolescentes em todo o mundo. Baptista e Oliveira (2004) encontraram que 5,6% de uma amostra de 154 adolescentes brasileiros ultrapassaram o ponto de corte no Inventário de Depressão Infantil (CDI), que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Já Barbosa, Dias, Galão e Lorenzo (1996) encontraram uma prevalência de 22%, utilizando-se do mesmo instrumento, em uma amostra de 807 crianças e adolescentes do estado da Paraíba. Além disso, sabe-se que na adolescência a incidência de depressão cresce para ambos os gêneros e que este aumento é maior para as mulheres (Cole et al., 2009).

Dada a importância da depressão nesta faixa etária, é importante considerar os modelos teóricos que procuram compreender os fatores de vulnerabilidade relacionados a esta psicopatologia. Entende-se por fatores de vulnerabilidade aquelas variáveis presentes previamente à instalação do transtorno e que geram um aumento na probabilidade deste desenvolver-se, cronificar-se ou apresentar episódios recorrentes do mesmo (Ingram, Miranda, & Segal, 1998). Por sua vez, a vulnerabilidade cognitiva diz respeito às variáveis cognitivas que propiciam o desenvolvimento e recorrência do transtorno.

Diversas teorias têm sido desenvolvidas para a compreensão da vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Dentre elas encontram-se o modelo cognitivo de Beck (1967) e o modelo de estilo atribucional de Abramson, Seligman, e Teasdale (1978).

O modelo cognitivo de Beck (1967) enfatiza que as variáveis que determinam que algumas pessoas se deprimam e outras não diante dos mesmos acontecimentos estão relacionadas à variabilidade no processamento de informação (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010). De acordo com este modelo, nos limites da consciência estão os chamados pensamentos automáticos. Essas cognições são aquelas que acontecem de forma rápida, involuntária e automática diante das situações existenciais, moldando as emoções dos indivíduos diante dos acontecimentos diários. São específicos para uma determinada situação e podem ocorrer em forma de imagens

(Beck, 1995). No entanto, os pensamentos automáticos são apenas a manifestação de cognições disfuncionais mais profundas, as chamadas crenças nucleares¹.

As crenças centrais ou nucleares são desenvolvidas no decorrer do desenvolvimento dos sujeitos e são consideradas filtros através dos quais as experiências são processadas. Essas crenças podem ser adaptativas ou não. Neste segundo caso, podem contribuir para o aparecimento de um transtorno psicológico. A tríade cognitiva constitui-se por crenças acerca do próprio *self*, do mundo e do futuro. No caso dos sujeitos deprimidos, as crenças relacionadas a estes três aspectos são predominantemente negativas. Nestes indivíduos, as crenças negativas giram em torno de temas como inadequação, fracasso, perda e inutilidade, o que promoveria vulnerabilidade cognitiva para os sintomas depressivos (Alloy, 1999). Por fim, destaca-se que entre as crenças nucleares e os pensamentos automáticos estão as atitudes disfuncionais, que são um meio utilizado para manter, mesmo que de modo inadequado, as crenças centrais. Pode-se afirmar, portanto, que determinadas crenças, pensamentos e atitudes tornariam os indivíduos predispostos para determinados transtornos, advindo daí, portanto, o modelo de vulnerabilidade cognitiva.

O modelo de estilo atribucional de Abramson et al. (1978) é uma reformulação da teoria de desamparo aprendido de Seligman (1974). Este autor, a partir de suas experiências com cães, propôs a conceitualização de desamparo aprendido como explicativo de alguns tipos de depressão. Este modelo postula que quando um sujeito experimenta uma situação incontrolável, ele irá gerar uma expectativa generalizada de incontrolabilidade sobre os resultados de acontecimentos futuros importantes. Essa expectativa seria o elemento fundamental que explicaria as reações de desamparo, presentes entre os sujeitos deprimidos. Deste modo, esses indivíduos adotariam uma postura passiva diante de situações superáveis. Neste modelo, portanto, a depressão seria o resultado da exposição do indivíduo a situações as quais não existem um controle sobre as consequências do comportamento. Esta percepção de falta de controle provocaria uma diminuição de respostas, interferiria na aquisição de respostas novas e determinaria a aparição de sentimentos depressivos.

¹ Alguns autores também denominam essas cognições de esquemas. Neste trabalho, optou-se por utilizar apenas o termo crenças, a fim de se evitar possíveis dificuldades conceituais.

Abramson et al. (1978) propõe uma reformulação dessa teoria. Para estes autores o desenvolvimento da percepção de incontrolabilidade futura dependeria do tipo de atribuições que o sujeito faria acerca das causas que geraram a situação incontrolável, já que quando uma pessoa se encontra desamparada ela irá se perguntar o motivo pelo qual está nesta condição. Deste modo, segundo essa hipótese, os indivíduos mais vulneráveis à depressão seriam aqueles que possuem a tendência a atribuir as causas dos eventos de vida negativos a fatores internos, estáveis e globais. Explicar a falta de controle através de uma atribuição a fatores internos produz um declínio na autoestima, atribuir a falta de controle a fatores estáveis leva a uma situação de descontrole em situações futuras e já a atribuição a fatores globais faz com que o sujeito desenvolva a crença de que a causa afetará outras áreas. Esta reformulação não elimina o papel do desamparo aprendido na aparição da depressão, mas reduz sua importância.

Enquanto a teoria de Beck enfatiza a forma como as informações prévias são organizadas e processadas, o modelo de estilo atribucional dá atenção à forma como a informação recebida é explicada e como tais explicações podem determinar as cognições, afetos e comportamentos subsequentes (Coyne & Gotlib, 1983). Apesar das especificidades de cada teoria, ambas hipotetizam que a vulnerabilidade cognitiva opera no sentido de aumentar o risco para a depressão através do seu efeito sobre as interpretações dos eventos de vida (Alloy & Abramson, 1999).

Tanto o modelo cognitivo quanto o modelo de estilo atribucional empregam o paradigma de diátese-estresse. Os modelos de diátese-estresse propõem que os fatores de vulnerabilidade cognitiva (diáteses) permanecem latentes até que, ao interagirem com eventos estressores, aumentam a probabilidade de aparição ou manutenção da depressão. Cabe ressaltar que não só eventos estressores severos desencadeiam depressão, mas eventos moderados e suaves podem também desempenhar essa função em indivíduos vulneráveis (Beck, 2008). Na teoria de Beck, por exemplo, as crenças nucleares seriam ativadas por eventos estressores ou por eventos similares àqueles responsáveis por constituírem essas crenças. É possível possuir um sistema de crenças desadaptativas e não exibir sintomas depressivos até que a crença central seja ativada por um evento estressor. Segundo este modelo, os sujeitos que apresentam maior quantidade e intensidade de fatores de vulnerabilidade teriam maior probabilidade de deprimir-se que pessoas com menor vulnerabilidade diante de uma determinada situação estressora (Vázquez et al., 2010). Quando a vulnerabilidade é grande, menos estresse

seria necessário para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Já quando a vulnerabilidade não se mostra tão intensa, um estresse em maior grau seria necessário para o desenvolvimento da mesma patologia (Beck & Dozois, 2011). Muitos estudos encontraram que a intensidade das reações depressivas decorre da interação entre um nível elevado de atitudes e cognições disfuncionais e eventos estressores (Hankin, Abramson, Miller, & Haefffel, 2004; Kwon e Oei, 1992 para citar alguns).

Segundo Beck, a personalidade estaria também relacionada ao desencadeamento da depressão e ao estresse vivenciado. Os sintomas depressivos seriam desencadeados a partir de eventos estressores relacionados com o tipo de personalidade dos sujeitos. Os sujeitos autônomos, que prezam por realizações independentes, prazeres solitários e liberdade pessoal teriam a depressão desencadeada pela vivência de fracassos, bem como perda de independência pessoal, controle ou mobilidade. Já os indivíduos sociotrópicos, que valorizam relações interpessoais, dependência e proximidade, se tornariam depressivos após “traumas sociotrópicos”, como rejeição e privação social (Beck, 1991).

Buscando investigar essa temática, essa dissertação será composta por dois artigos, um teórico e outro empírico. O artigo de revisão buscará na literatura evidências de vulnerabilidade cognitiva para a depressão dentro do modelo cognitivo de Beck (1967) e do estilo atribucional de Abramson et al. (1978) em amostras de crianças e adolescentes, já que se tem evidências mais claras da presença de vulnerabilidade cognitiva para este transtorno em adultos.

O artigo empírico descreverá, através de uma investigação longitudinal, a presença de vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes, fazendo avaliação dos eventos estressores e considerando, além disso, as cognições positivas. A hipótese subjacente seria que a vulnerabilidade cognitiva para crianças e adolescentes diferiria do padrão de funcionamento dos adultos e que as cognições positivas exerceriam um papel importante no modelo de vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Esta investigação é um recorte de uma pesquisa maior, intitulada “Relacionamento Familiar, Sintomas Internalizantes e Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais”, coordenada pelo professor Maycoln L. M. Teodoro e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

Existe uma total escassez de estudos com essa temática em contexto brasileiro. Além disso, a maioria das pesquisas internacionais não dá visibilidade para as cognições positivas, o que procurou ser feito neste trabalho. Dado que a presença de cognições positivas não pode ser inferida pela ausência de cognições negativas, é necessário elucidar esse tipo de cognição que pode ter um papel importante na psicopatologia infantil (Keyfitz, Lumley, Henning, & Dozois, 2013). No mais, estudar a vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes mostra-se importante a medida que possibilita o desenho de intervenções precoces e com componentes específicos para esse público permitindo, além de uma pronta recuperação, reduzir a probabilidade de recaídas futuras (Vázquez et al., 2010).

2 ARTIGO 1 - VULNERABILIDADE COGNITIVA PARA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Cognitive Vulnerability to Depression in Children and Adolescents: a Systematic Review.

Resumo

Vulnerabilidade cognitiva para a depressão diz respeito à presença de cognições que predispõe os sujeitos para o desenvolvimento de sintomas depressivos e/ou diagnóstico de depressão. Ainda não se tem claro como se dá esse processo em crianças e adolescentes. Desta forma, este estudo buscou evidências na literatura, através de uma revisão sistemática, acerca da vulnerabilidade cognitiva para a depressão nesta faixa etária. Utilizou-se o modelo cognitivo e o modelo de estilo atribucional como fundamentos teóricos. Foram consultadas as bases de dados Web of Science, MEDLINE, OneFile, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, ERIC e PubMed Central em setembro de 2013 e, como resultado, 13 artigos compuseram a revisão. Foram encontradas poucas evidências de vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes dentro do modelo de Beck, bem como para o modelo de estilo atribucional. Possíveis razões são dadas para este resultado, ressaltando-se o fato de que as cognições podem não predispor para a depressão quando ainda estão em processo de constituição. Além disso, não foram apresentadas evidências claras para o modelo de diátese-estresse a partir do modelo cognitivo de Beck nas amostras utilizadas nos estudos. Propostas para trabalhos futuros foram apontadas.

Palavras-chave: vulnerabilidade cognitiva, depressão, criança, adolescente, diátese-estresse.

Abstract

Cognitive vulnerability to depression concerns the presence of cognitions that predispose individuals to the development of depressive symptoms and/or to the diagnosis of depression. It is not yet clear how this process takes place for children and adolescents. Thus, this study sought evidence in the literature through a systematic review about the cognitive vulnerability to depression in this age group. It was used the cognitive model and model of attributional style as theoretical bases. The databases Web of Science, MEDLINE, OneFile, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, ERIC and PubMed Central were consulted in September, 2013, and, as a result, 13 articles were included in this review. Little evidence of cognitive vulnerability was found for depression in children and adolescents within Beck's model and the

model of attributional style. Possible reasons for this result are provided, emphasizing the fact that cognitions may not predispose to depression since these cognitions are still in process of formation. Moreover, no clear evidence was presented in the samples used in the studies regarding the diathesis-stress model based on Beck's cognitive model. Proposals for future work were identified.

Keywords : Cognitive vulnerability, depression, child, adolescent, diathesis-stress.

Nas últimas décadas foram propostos diversos modelos de vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Dentre estes, o modelo de estilo atribucional de Abramson, Seligman e Teasdale (1978) e o modelo cognitivo de Beck (1967) receberam atenção em vários estudos.

O modelo de estilo atribucional de Abramson et al. (1978) postula que pessoas que atribuem as causas de eventos negativos a fatores mais estáveis, internos e globais são mais propícias a desenvolverem depressão quando um evento negativo ocorre. Desta forma, o estilo atribucional se refere a como um indivíduo responde aos eventos difíceis em sua vida. Atribuir eventos negativos a fatores internos leva à baixa autoestima, já as atribuições a fatores globais desencadeiam uma generalização dos déficits para diversas situações e, finalmente, as atribuições a fatores estáveis acarretam uma persistência dos déficits ao longo do tempo. A hipótese de diátese-estresse está presente neste modelo, no qual os eventos negativos de vida interagem com o estilo atribucional e funcionam como um gatilho para o início do episódio depressivo.

Por sua vez, o modelo cognitivo de Beck (1967) engloba conceitos centrais para a compreensão da depressão. Segundo este modelo, determinadas crenças, denominadas de centrais ou nucleares, desenvolvidas durante a primeira infância se tornam uma experiência permanente na organização cognitiva do indivíduo. Após se constituir, essas crenças se tornarão permanentes, mesmo que permaneçam inativas (Beck & Alford, 2011). Assim, essas estruturas servem para organizar a experiência anterior do indivíduo, orientar a interpretação de novas experiências e gerar expectativas e previsões sobre o futuro (Beck, 1967).

O processamento falho de informações é um padrão de viés negativo caracterizado por erros no pensamento (por exemplo: abstração seletiva, hipergeneralização e personalização) e que mantém a crença do paciente acerca da validade de conceitos negativos, mesmo na presença de evidências contrárias (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Beck, 2008). Desvios no processamento de informação também são verificados nas cognições que se encontram em um nível mais superficial, os denominados pensamentos automáticos, que se referem à corrente de pensamentos positivos e negativos que atravessa a mente de um indivíduo no dia-a-dia. Embora tais pensamentos sejam mais superficiais e próximos a uma determinada situação do que os outros níveis de cognição, eles são funcionalmente relacionados às crenças centrais (Beck & Dozois, 2011).

Erros no processamento de informação aumentam a probabilidade de um indivíduo desenvolver a tríade cognitiva negativa, outro conceito importante dentro do modelo cognitivo. Beck et al. (1997) definem esta estrutura como contendo três padrões cognitivos distintos depressogênicos: visões negativas de si (por exemplo, a crença de que se é deficiente, inadequado ou indigno), do mundo (como interpretar experiências de vida em torno de temas de derrota ou depreciação) e do futuro (como, por exemplo, apresentar expectativa de que as dificuldades persistirão no futuro e que não há nada que se possa fazer a respeito). Cognições como "se eu falhar em alguma coisa, isso significa que eu sou um fracasso total", denominadas de atitudes disfuncionais, ou seja crenças intermediárias que se encontram entre as crenças centrais e os pensamentos automáticos, trazem a tona a tríade cognitiva negativa durante um episódio depressivo (Beck, 2008). Estas atitudes disfuncionais, bem como as crenças nucleares, podem permanecer latentes em um determinado período, mas, em certas condições, estarão prontas para se manifestarem.

A vulnerabilidade cognitiva para a depressão encontra-se justamente nesse conjunto de atitudes e crenças disfuncionais que, quando acionadas, permitem o desenvolvimento da sintomatologia depressiva típica (Beck & Alford, 2011). Neste sentido, a vulnerabilidade cognitiva é este conjunto de características persistentes e internas que predispõe um dado indivíduo para o desenvolvimento e emergência da sintomatologia depressiva (Ingram, Miranda, & Segal, 1998).

No entanto, o relacionamento entre cognições depressogênicas e sintomatologia depressiva é afetada pela presença das variáveis ambientais consideradas estressoras. O modelo de diátese-estresse postula, deste modo, que a depressão é resultado de uma predisposição cognitiva aliada a estes eventos de vida negativos (Beck, 1967; Ingram et al., 1998). É possível afirmar que um indivíduo pode apresentar vulnerabilidade cognitiva para a depressão, mas este só irá desenvolver o transtorno se as condições necessárias estiverem presentes em um dado momento para ativar os esquemas que se encontravam latentes até então. Essas situações podem ser lembranças de vivências traumáticas, que são análogas àquelas experiências que foram as responsáveis por introjetar no indivíduo as crenças disfuncionais (Beck et al., 1997). Podem ainda não se relacionar necessariamente com situações específicas do passado, mas devem causar um estresse suficientemente intenso para o desenvolvimento da depressão. Por fim, podem ser várias situações estressantes que, juntas, levam aos sintomas depressivos (Beck &

Alford, 2011). Se a vulnerabilidade cognitiva é alta, menos estresse é necessário para originar os sintomas depressivos. Já quando a predisposição é fraca, mais estresse é necessário até que um indivíduo desenvolva a patologia (Beck & Dozois, 2011).

O modelo de diátese-estresse é normalmente verificado através de delineamentos longitudinais. Nestes estudos os fatores teoricamente de risco (como as atitudes disfuncionais e a tríade cognitiva negativa) são avaliados, bem como os níveis atuais da sintomatologia do transtorno e/ou seu diagnóstico no início do estudo (T1) em um número grande de participantes. Depois de um certo período de tempo (o intervalo adequado é desconhecido), os sintomas depressivos e os fatores de risco são novamente reavaliados (T2). Para que a hipótese de diátese-estresse seja confirmada é necessário que o aumento da sintomatologia depressiva entre T1 e T2 seja mais comum entre aqueles que no início do estudo apresentou vulnerabilidade cognitiva e que vivenciou um evento estressante neste intervalo de tempo (Lewinsohn, Joiner Jr., & Rohde, 2001).

As cognições negativas, além de serem vistas como fator de vulnerabilidade, podem também ser enxergadas como consequências da depressão. Segundo Zeiss e Lewinsohn (1988), mesmo ocorrendo a remissão dos sintomas depressivos, poderiam permanecer padrões cognitivos negativos, que não estavam presentes antes do início da patologia e que contribuiriam para a recorrência desta. Assim, tem-se duas perspectivas: 1) cognições como fator de vulnerabilidade para a depressão; 2) cognições constituídas em decorrência do estado depressivo (Just, Abramson, & Alloy, 2001).

Importante ainda ressaltar que não se deve considerar a vulnerabilidade cognitiva como uma das causas da sintomatologia depressiva. Beck (1991) afirma que seria exagerado atribuir este papel às cognições, mas é possível pensá-las como parte integrante da depressão. Portanto, os pensamentos automáticos negativos e as crenças seriam um denominador comum desta patologia e sinais essenciais da mesma. Já para investigar a causa da depressão, precisaria ir além e imaginar uma combinação de diversos fatores, sejam eles biológicos, genéticos, de personalidade etc (Beck, 1991).

A vulnerabilidade cognitiva possui evidências empíricas para os adultos (Kwon & Oei, 1992; Hankin, Abramson, Miller, & Haefffel, 2004; Beck & Alford, 2011). Kwon e Oei (1992), por exemplo, encontraram que atitudes disfuncionais em interação com eventos de vida negativos foram capazes de prever positivamente sintomas depressivos nos participantes do estudo três meses depois da avaliação inicial. Já Hankin et al. (2004) examinaram a interação de atitudes disfuncionais e eventos de vida

negativos cinco semanas e dois anos após a avaliação inicial. A interação de atitudes disfuncionais com eventos de vida negativos predisseram positivamente os sintomas depressivos nos dois momentos.

No entanto, as evidências da aplicação do modelo de vulnerabilidade cognitiva para a depressão na infância e adolescência ainda não são tão conclusivas como é para a fase adulta. Desta forma, este estudo procurou realizar uma revisão dos trabalhos que investigaram a vulnerabilidade cognitiva para a depressão, dentro do modelo cognitivo e do modelo de estilo atribucional, em amostras de crianças e adolescentes.

Método

Bases e estratégias de busca

Em setembro do ano de 2013 foram consultadas as bases de dados Web of Science, MEDLINE, OneFile, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, ERIC e PubMed Central. Não foi feita nenhuma restrição em relação ao ano e idioma de publicação dos artigos. Os descritores utilizados foram a conjugação de *cognitive vulnerability* com os termos *automatic thoughts*, *core belief* e *cognitive triad*.

Crítérios de Seleção

Os trabalhos incluídos nesta revisão foram artigos completos que preencheram os seguintes critérios:

uso de metodologia quantitativa;

amostra constituída por crianças e/ou adolescentes;

aplicação de ao menos um questionário para avaliação da vulnerabilidade cognitiva, como atitudes disfuncionais, pensamentos automáticos, tríade cognitiva e estilo atribucional;

aplicação de ao menos um questionário para avaliação dos sintomas depressivos ou do diagnóstico de depressão;

possuir como um dos objetivos relacionar os sintomas depressivos/diagnóstico de depressão com as cognições.

Resultados

Foram encontrados 190 artigos potencialmente relevantes após exclusão dos artigos repetidos em diferentes bases. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 176 artigos:

64 artigos eram qualitativos;

92 artigos possuíam somente adultos como constituintes da amostra;

16 artigos não possuíam nenhuma escala de avaliação da estrutura cognitiva e/ou dos sintomas depressivos/diagnóstico de depressão;

cinco não tratavam da relação entre diagnóstico de depressão/sintomas depressivos e cognições.

Foram selecionados 13 artigos para a etapa final, que foram lidos integralmente. Após a análise destes artigos, dois foram excluídos porque não avaliaram as cognições, sendo que este ponto não havia ficado claro apenas pela leitura dos resumos.

Nesta etapa ainda foram incluídos dois trabalhos que foram encontrados a partir das referências dos artigos previamente selecionados. Assim, 13 artigos compuseram o *corpus* desta revisão, como é ilustrado na Figura 1.

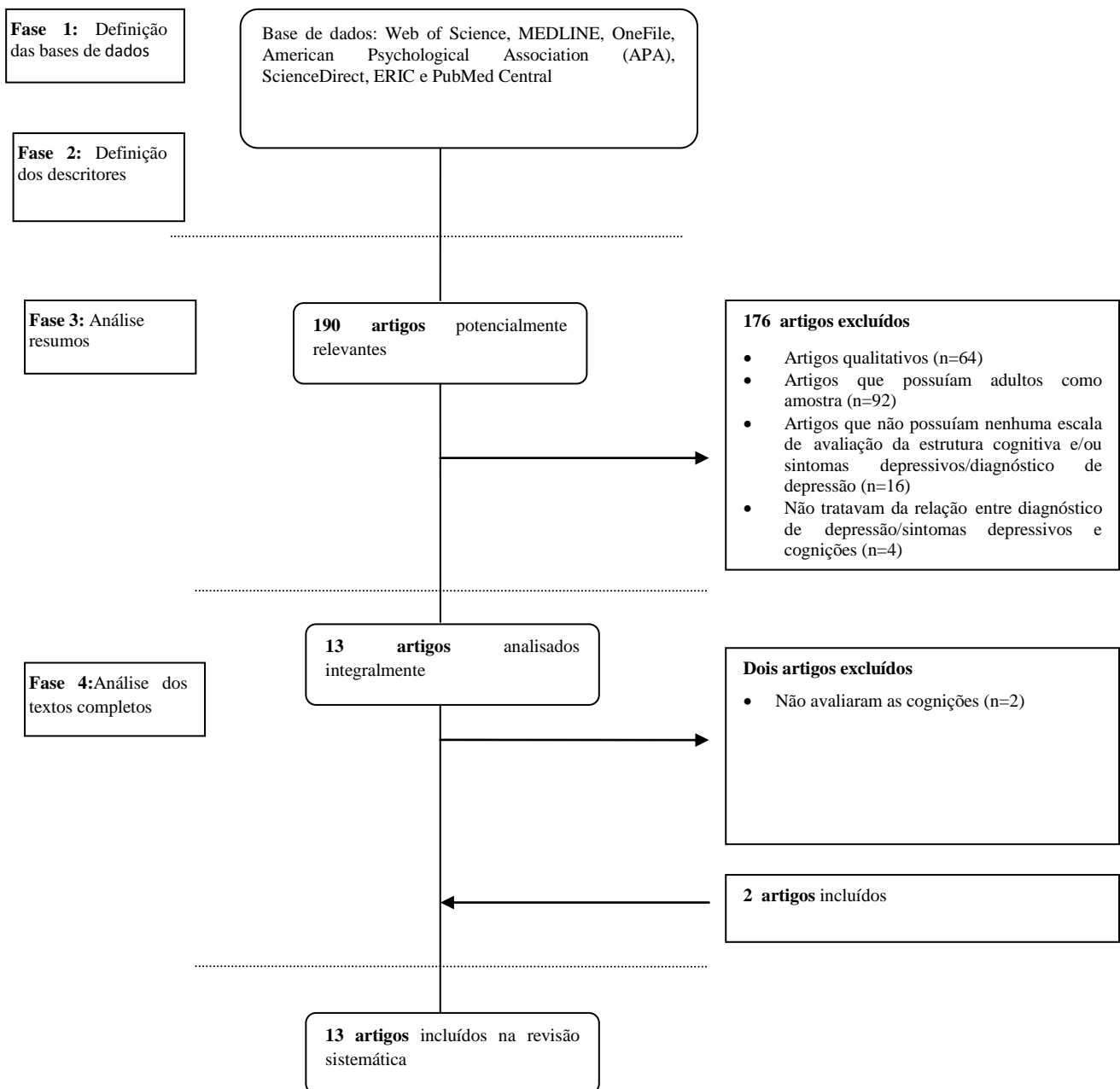


Figura 1 – Esquema Representativo dos Procedimentos de Seleção dos Artigos

Dos treze artigos selecionados, onze apresentaram um delineamento longitudinal, com *follow-up* variando de quatro meses a quatro anos. Já a faixa etária das amostras estudadas variou de sete a 17 anos e incluíram grupos mistos, de meninas e meninos. Sete estudos mediram o estresse vivenciado pelos sujeitos, permitindo que o modelo de diátese-estresse fosse verificado. Os resultados foram descritos em um único bloco. Primeiramente os trabalhos que utilizaram o modelo cognitivo foram analisados,

em seguida os estudos que trabalharam tanto com o modelo de Beck quanto com o de estilo atribucional foram descritos e por fim foram relatados aqueles que avaliaram apenas esse último modelo. Alguns estudos possuíam objetivos outros além dos propostos na presente revisão. Sendo assim, foram analisados apenas os dados referentes à temática deste trabalho. Os estudos selecionados encontram-se elencados na Tabela 1, com seus respectivos resultados.

Tabela 1

Estudos sobre Vulnerabilidade Cognitiva em Crianças e Adolescentes

Autores, ano e local	Amostra	Instrumentos para avaliação da depressão, vulnerabilidade cognitiva e estresse	Duração do Estudo	Resultados
Roberts e Gamble (2001), EUA	-110 adolescentes -Idade média: 16,1 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Inventory to Diagnose Depression</i> (IDD) e <i>IDD-Lifetime Version</i> (IDD-L) -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Dysfunctional Attitudes Scale</i> (DAS)	-	-O IDD e o IDD-L não foram preditores significativos para as atitudes disfuncionais. -Ausência de avaliação das atitudes disfuncionais como preditoras da depressão.
-Estresse: -				
Greening, Stoppelbei, Dhossche e Martin (2005), EUA	-880 adolescentes -Idade média: 15,94 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Cognitive Triad Inventory for Children</i> (CTI-C)	-Quatro meses	-O escore total do CTI-C predisse positivamente os sintomas depressivos, ou seja, quanto mais cognições negativas, maior a sintomatologia depressiva.

		-Estresse:-			-Dentre os três fatores resultantes da análise fatorial do CTI-C, apenas o fator um (composto por itens positivos) foi consistente para predizer negativamente os sintomas depressivos futuros, ou seja, quanto menor o índice de cognições positivas, mais intensa a sintomatologia depressiva.
Timbremont e Braet (2006), Bélgica	-162 crianças e adolescentes	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI)	-Um ano	- Grupo de crianças: CTI-C não predisse os sintomas depressivos um ano depois.	
	-Idade média das crianças no início do estudo: 10,8 anos - Idade média dos adolescentes no início do estudo: 13 anos	-Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Cognitive Triad Inventory for Children</i> (CTI-C)	-Estresse: -	- Adolescentes: apenas a subescala futuro do CTI-C predisse positivamente a depressão um ano depois.	
Abela e Skitch (2007), Canadá	-140 crianças	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI)	-Um ano	- CDI predisse positivamente as três escalas do CTI-C um ano depois, ou seja, quanto maior o nível de sintomas depressivos, maior o índice de cognições disfuncionais um ano depois.	-Modelo diátese-estresse confirmado apenas quando os dois fatores de vulnerabilidade (altos

	-Idade média no início do estudo: dez anos	-Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Children's Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)</i> - Estresse: <i>Hassles Scale for Children</i>		níveis de atitude disfuncional e baixa autoestima) foram considerados conjuntamente. Nestes casos ocorreu aumento na sintomatologia depressiva ao se aumentar o nível de estresse vivenciado.
LaGrange et al. (2008), EUA	-770 crianças - Idade média das crianças mais novas no início do estudo: 7,43 -Idade média das crianças mais velhas no início do estudo: 11,35	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)</i> -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Cognitive Triad Inventory for Children (CTI-C)</i> Estresse: -	-Três anos	-Fator dois do CTI-C (constituído sobretudo por cognições negativas) foi preditor positivo dos sintomas depressivos um ano depois apenas para as crianças mais novas, ou seja, para esta faixa etária, quanto mais intensas as cognições disfuncionais, maior a sintomatologia depressiva apresentada. -Para as crianças mais velhas, nenhum fator do CTI-C predisse os sintomas depressivos um ano depois.
LaGrange et al. (2011), EUA	-892 crianças e adolescentes -Idade das crianças	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Inventory (CDI) e Epidemiological Studies–Depression Scale for Children (CES-DC)</i>	-Quatro anos	-Cognições desadaptativas não predisseram depressão. -Depressão predisse positivamente as cognições

	mais novas no início do estudo: sete anos	-Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Cognitive Triad Inventory for Children (CTI-C)</i> e <i>Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)</i>		desadaptativas, sobretudo para as crianças mais velhas.
	mais velhas no início do estudo: 13 anos			
		-Estresse: -		
Cole et al. (2011), EUA	- 515 crianças -Idade média no início do estudo: de 8,5 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime (K-SADS-PL)</i> e <i>Children's Depression Inventory (CDI)</i> -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Automatic Thoughts Questionnaire (CATQ)</i> ; <i>Cognitive Triad Inventory for Children (CTI-C)</i> ; <i>Children's Attributional Style Interview (CASI)</i> -Estresse: <i>Life Events and Circumstances (LEC)</i>	-Três anos	-Cognições disfuncionais predisseram positivamente os sintomas depressivos seis meses e 18 meses depois. O mesmo resultado não foi encontrado 30 meses depois. -As cognições negativas foram melhores preditoras dos sintomas depressivos a curto prazo quando comparadas com o estilo atribucional. -Modelo de diátese-estresse: - cognições disfuncionais (modelo cognitivo) não interagiram com o nível global de eventos

				de vida negativos para predizer os sintomas depressivos; -estilo atribucional negativo não interagiu significativamente com os eventos estressores na predição dos sintomas depressivos.
Lewinsohn, Joiner Jr. e Rohde (2001), EUA	-1709 adolescentes na primeira avaliação -Idade média: 16,6 anos no início do estudo	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)</i> e <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)</i> ; <i>Children's Attributional Style Questionnaire (CASQ)</i> -Estresse: Lista de onze eventos retirados de diversas medidas	-13,8 meses	-Modelo cognitivo: modelo de diátese-estresse parcialmente confirmado, já que somente ao exceder certo nível, as atitudes disfuncionais foram apontadas como fator de risco para um episódio depressivo sob condições de estresse. -Modelo de estilo atribucional: estilo atribucional e eventos estressores predisseram depressão. No entanto, o efeito do estilo atribucional foi maior em níveis baixos de estresse.
Rohde, Stice e Gau (2012), EUA	-341 estudantes -Idade Média: 15,6	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D)</i> e uma lista	-Dois anos	- Adolescentes com estilo atribucional negativo teve quatro vezes aumentada a possibilidade de desenvolver depressão quando comparados com

	anos	baseada na sintomatologia depressiva apresentada pelo DSM-IV		os adolescentes sem um estilo atribucional negativo.
		-Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Adolescent Cognitive Style Questionnaire (ACSQ)</i>		-Estilo atribucional foi o preditor mais potente para início de um episódio depressivo.
		-Estresse: <i>Major Life Events scale</i>		
Hilsrnan e Garber (1995), EUA	- 439 estudantes -Idade média: 11,39 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)</i> -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Children's Attributional Style Questionnaire (CASQ)</i> -Estresse: utilização de duas medidas não padronizadas (avaliação pelas crianças da aceitabilidade dos próprios resultados escolares e avaliação realizada pelos filhos acerca da reação dos seus pais ao terem acesso às suas notas)	-	- A interação entre o estilo atribucional e o estresse predisseram os sintomas depressivos. Quanto maior o grau de estilo atribucional negativo, mais intensa era a sintomatologia depressiva após a vivência do estresse.

Robinson, Garber e Hilsman (1995), EUA	-381 estudantes -Idade média: 12 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Children's Attributional Style Questionnaire</i> (CASQ) -Estresse: utilização de duas medidas não padronizadas, relacionadas ao ambiente escolar.	-Um ano	- Estresse e o estilo atribucional negativo predisseram positivamente os sintomas depressivos futuros, ou seja, quanto maior o nível de estresse e mais negativo o estilo atribucional, maior o grau de sintomatologia depressiva. -Estilo atribucional negativo interagiu com níveis de estresse elevados para a predição dos sintomas depressivos para os estudantes com baixa autoestima, mas não para os estudantes com autoestima elevada.
Cole et al. (2008), EUA	-524 crianças -Idade média das crianças mais novas no início do estudo: 7,5 anos -Idade média das crianças mais velhas	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Child Depression Inventory</i> (CDI) e <i>Centers for Epidemiological Studies–Depression Scale</i> (CES-D) -Vulnerabilidade Cognitiva: <i>Children's Attributional Style Interview</i> (CASI) e <i>Adolescent Cognitive Style Questionnaire</i>	-Quatro anos	-Somente para os adolescentes de 14 e 15 anos o estilo atribucional interagiu com os eventos estressores na predição dos sintomas depressivos. Especificamente, índices altos de estilo atribucional negativo interagiu com altos níveis de estresse, gerando aumento na sintomatologia depressiva. Nas outras faixas etárias, tais evidências não foram verificadas.

	no início do estudo: 11,5 anos	(ACSQ)		
		-Estresse: <i>Negative Life Events Checklist</i>		
Morris, Ciesla e Garber (2008), EUA	-240 estudantes Idade média: 11,87 anos	-Depressão/Sintomatologia Depressiva: <i>Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)</i> e <i>Children's Depression Inventory (CDI)</i> -Vulnerabilidade cognitiva: <i>Children's Attributional Style Questionnaire (CASQ-R)</i> Estresse: <i>Life Events Interview for Adolescents</i>	-Um ano	- Sintomas depressivos não foram preditos pela interação entre estilo atribucional e estresse. - Para os meninos, aumento nos sintomas depressivos de desesperança foi predito pela interação entre altos níveis de estresse e estilo atribucional negativo. -Para as meninas, aumento nos sintomas depressivos de desesperança foi predito pela interação entre níveis elevados de estresse e níveis baixos de estilo atribucional negativo.

O estudo de Roberts e Gamble (2001) teve como um dos seus objetivos investigar o papel da depressão passada na predição de atitudes disfuncionais. Procuraram, portanto, verificar se altos níveis de atitudes disfuncionais poderiam estar mais presentes em adolescentes com mais episódios passados de sintomatologia depressiva em comparação com os adolescentes com episódios de depressão passados menos severos. Os autores avaliaram uma amostra constituída por 110 adolescentes sendo onze previamente depressivos e 99 sujeitos que nunca vivenciaram um episódio depressivo. A idade média dos adolescentes foi de 16,1 anos ($dp=1,1$) e a avaliação foi feita através do *Inventory to Diagnose Depression* (IDD; Zimmerman, Coryell, Corenthall, & Wilson, 1986), utilizado para verificar a severidade da sintomatologia depressiva e se os participantes preenchiam o critério de depressão maior, e do *IDD-Lifetime Version* (IDD-L; Zimmerman, & Coryell, 1987), para avaliar o pior período de depressão passada vivenciado pelos sujeitos. Já as atitudes disfuncionais foram avaliadas através do *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS; Weissman, & Beck, 1978). Os resultados apontaram que o IDD-L e o IDD não foram preditores significativos para as atitudes disfuncionais. Os autores concluíram que embora os episódios depressivos em adolescentes envolvam padrões de pensamento negativos, eles parecem não persistir entre os episódios. Esse estudo foi retrospectivo e não longitudinal. Esse segundo tipo de estudo apresenta mais vantagens, já que ao se fazer lembranças passadas, as pessoas podem se enganar. Merece destaque o fato dos autores não trabalharem na relação inversa entre as variáveis, a vulnerabilidade cognitiva propriamente dita, ou seja, o quanto um estilo atribucional negativo predisporia os indivíduos para a sintomatologia depressiva ou para a depressão clínica.

Indo na contramão do estudo anterior, Greening, Stoppelbein, Dhossche e Martin (2005) realizaram um estudo longitudinal, com *follow-up* de quatro meses, avaliando o quanto a tríade cognitiva predisporia os sujeitos para a sintomatologia depressiva no futuro. Para tanto, aplicaram em uma amostra de 880 adolescentes afro-americanos e caucasianos com idade média de 15,94 anos ($dp=1,22$) o *Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985), para avaliação da sintomatologia depressiva, e o *Cognitive Triad Inventory for Children*² (CTI-C; Kaslow, Stark, Printz, Livingston, &

² Neste artigo optou-se por utilizar o nome original do questionário (*Cognitive Triad Inventory for Children* - CTI-C). Já no segundo artigo que compõe a presente dissertação, será utilizada a nomenclatura

Tsai, 1992), para avaliação da tríade cognitiva. Quatro meses depois, 88% da amostra foi reavaliada com os mesmos instrumentos. O escore total do CTI-C emergiu como um preditor positivo para o escore do CDI no tempo dois, controlando os sintomas depressivos no tempo um, ou seja, quanto mais negativa a tríade cognitiva dos sujeitos, maior a sintomatologia depressiva. Esse estudo possuiu como vantagem o fato de não se limitar apenas à tríade cognitiva negativa como preditora da sintomatologia depressiva. Os autores, ao trabalharem com os fatores do CTI-C, resultantes da análise fatorial por eles realizada no estudo, também puderam verificar o papel protetivo das cognições positivas em relação à predisposição aos sintomas de depressão. Os resultados mostraram que o fator um do CTI-C (que englobou, sobretudo, fatores positivos do *self* e do futuro), resultante da análise fatorial, foi mais consistente em prever negativamente sintomas depressivos futuros entre os adolescentes. Deste modo, um baixo nível de cognições positivas funcionaria como um preditor de sintomas depressivos entre os adolescentes.

No estudo de Timbremont e Braet (2006), a amostra, composta por 162 crianças e adolescentes, foi avaliada com os mesmos instrumentos utilizados no estudo anterior, ou seja, o *Cognitive Triad Inventory for Children* (CTI-C; Kaslow et al., 1992) e o *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985). As vantagens desse trabalho em relação à publicação de Greening et al. (2005) foram um *follow-up* um pouco maior (um ano) e análises feitas para o grupo de crianças e adolescentes separadamente. O primeiro grupo possuía idade média de 10,8 anos (faixa etária entre 10 e 11,11 anos) e, o segundo, média de idade de 13 anos (faixa etária compreendida entre 12 e 15,11 anos). Os resultados apontaram que, no grupo de crianças, o CTI-C não foi preditor dos sintomas depressivos um ano depois. Em relação aos adolescentes, apenas a subescala visão do futuro mostrou-se como preditora dos sintomas depressivos um ano depois, ou seja, quanto mais negativa a visão de futuro apresentada pelo sujeito, maior a intensidade de sintomatologia depressiva. Os autores também avaliaram a relação inversa e verificaram que as três subescalas do CTI-C foram previstas positivamente um ano depois pelo escore do CDI, tanto no grupo de crianças quanto no grupo dos adolescentes, apontando que quanto maior a sintomatologia depressiva, mais negativas as percepções acerca de si mesmo, do mundo e do futuro um ano depois. Esse estudo

em português (Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes - ITC-CA), pois fará referência ao questionário adaptado para o contexto nacional.

traz evidências de que os sintomas depressivos acarretam mudanças no estilo cognitivo, resultado divergente ao encontrado no estudo de Roberts e Gamble (2001), descrito anteriormente, que apontaram ausência de relação entre essas variáveis. Cabe ainda notar que estes autores, diferentemente de Greening et al. (2005), trabalharam com as subescalas do CTI-C separadamente, de acordo com a formulação do modelo cognitivo, ou seja, visão negativa do *self*, mundo e futuro.

Abela e Skitch (2007) utilizaram um delineamento metodológico mais refinado do que os estudos descritos anteriormente, já que avaliaram a vulnerabilidade cognitiva concomitantemente com outro fator de vulnerabilidade, a autoestima. Além disso, o modelo de diátese-estresse foi aqui investigado, o que não aconteceu nos estudos descritos anteriormente. Para tanto, desenvolveram sua pesquisa com uma amostra de 140 crianças, com idade média de dez anos (faixa etária compreendida entre seis e 14 anos). Os participantes preencheram questionários para avaliação dos sintomas depressivos e das cognições através do *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) e do *Children's Dysfunctional Attitudes Scale* (CDAS; Abela & Sullivan, 2003), respectivamente. A autoestima foi avaliada utilizando-se do *Self-Esteem Questionnaire* (Rosenberg, 1965). Os sintomas depressivos, medidos através do CDI, e pequenos eventos estressores, vivenciados durante as seis semanas anteriores e verificados através do *Children's Hassles Scale* (HASC; Kanner, Feldman, Weinberger, & Ford, 1987), foram medidos em oito avaliações subsequentes à inicial, com um intervalo de seis semanas entre cada avaliação. Esperava-se que as crianças que exibissem altos níveis de atitudes disfuncionais e baixos níveis de autoestima na avaliação inicial relatassem maiores elevações nos sintomas depressivos seguidos de elevações de estresse que as crianças que não apresentassem os fatores de vulnerabilidade ou que apresentassem apenas um dos fatores. Os resultados apontaram que as crianças que evidenciaram na avaliação inicial altos níveis de atitudes disfuncionais e baixo nível de autoestima ou o contrário, ou seja, baixo nível de atitudes disfuncionais e alto níveis de autoestima, relataram maior variabilidade nos sintomas depressivos ao vivenciar altos níveis de eventos estressores. Nestes indivíduos, portanto, ao aumentar o nível de estresse, elevou-se também a sintomatologia depressiva. Em contrapartida, os níveis de sintomas depressivos não variaram em função do nível de estresse vivenciado pelas crianças com altos níveis tanto de atitudes disfuncionais quanto de autoestima ou baixos níveis de atitudes disfuncionais e autoestima concomitantemente. Foi verificado, desta forma,

suporte para a aplicabilidade do modelo de diátese-estresse, mas apenas quando os dois fatores de vulnerabilidade (autoestima e cognições disfuncionais) foram considerados conjuntamente. Esse artigo retrata, portanto, a importância de se considerar outros fatores de vulnerabilidade, além das cognições disfuncionais, ao se trabalhar com o modelo de diátese-estresse. Esse estudo trouxe como novidade a avaliação recorrente das crianças (a cada seis semanas em um intervalo de um ano), o que não aconteceu nos trabalhos anteriormente citados.

LaGrange et al. (2008) também realizaram um estudo longitudinal. Entretanto, utilizaram um intervalo de três anos entre a primeira e a última avaliação, intervalo superior ao dos estudos descritos anteriormente. Esse intervalo permitiu acompanhar as mudanças nas cognições de crianças e adolescentes. A amostra, constituída por 770 sujeitos avaliados em ao menos uma fase do estudo, foi submetida ao *Cognitive Triad Inventory for Children* (CTI-C; Kaslow et al., 1992), para avaliação da tríade cognitiva, e ao *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children* (CES-DC; Weissman, Orvaschel, & Padian, 1980), para avaliação da sintomatologia depressiva. No início do estudo a idade média das crianças mais novas era de 7,43 anos ($dp=0,57$) e das mais velhas de 11,35 anos ($dp=0,56$). Os resultados mostraram que apenas o fator dois³, constituído, sobretudo, por cognições negativas, encontrado pelos autores como constituinte do CTI-C, foi um preditor positivo dos sintomas depressivos um ano depois para as crianças mais novas (séries três e quatro do sistema escolar norte-americano). Ou seja, quanto maior o grau de cognições disfuncionais, maior a sintomatologia depressiva. Nas outras séries escolares nenhum fator contribuiu para predizer os valores do CES-DC um ano depois. De modo geral, o estudo revelou escassa evidência de que as cognições predizem sintomas depressivos um ano depois, resultado contrário ao de Greening et al. (2005). Deve-se levar em consideração, no entanto, que o intervalo de reavaliação deste estudo foi de um ano, enquanto que no trabalho de Greening et al. (2005) o intervalo foi de apenas 4 meses. Além disso, a amostra deste último trabalho foi composta por indivíduos mais velhos.

³ Foram encontrados dois fatores compondo o CTI-C em todas as faixas etárias. No entanto, a natureza do fator mudou no decorrer do desenvolvimento, possivelmente refletindo mudanças na estrutura das cognições depressivas. Foi verificado que nas crianças mais velhas a estrutura fatorial começou a se estabilizar, apresentando de modo mais claro um fator positivo e um fator negativo.

LaGrange et al. (2011) também desenvolveram um estudo longitudinal, mas em um período ainda mais extenso que os trabalhos anteriores. Participaram um total de 515 crianças e adolescentes que foram avaliadas anualmente em um intervalo de quatro anos. No início do estudo as crianças mais novas possuíam sete anos e as mais velhas possuíam 13 anos. Cada sujeito foi avaliado ao longo do estudo ao menos duas vezes. A amostra foi submetida às seguintes medidas: *Cognitive Triad Inventory for Children*, (CTI-C; Kaslow et al., 1992), *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ; Hollon & Kendall, 1980), *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) e ao *Center for Epidemiological Studies–Depression Scale for Children* (CES-DC; Weissman et al., 1980). Os resultados deste estudo não deram suporte para a hipótese de vulnerabilidade cognitiva, ou seja, as cognições desadaptativas prévias não predisseram os sintomas depressivos, confluindo com os achados de LaGrange et al. (2008). No entanto, a relação inversa foi encontrada, sobretudo em crianças mais velhas, ou seja, a força da relação depressão predizendo cognições disfuncionais aumentou com a idade, indo na contramão dos achados de Roberts e Gamble (2001), mas dando suporte para os resultados encontrados por Timbremont e Braet (2006). Desta forma, verificou-se que um nível subclínico de sintomas depressivos durante a infância e adolescência pode contribuir para o desenvolvimento de um estilo cognitivo negativo. Esse resultado traz a tona que as pessoas não nascem com cognições desadaptativas totalmente constituídas, o que é condizente com o modelo cognitivo. Segundo estes autores, as cognições não poderiam predispor para a depressão enquanto estão em processo de constituição.

Os estudos até agora descritos trabalharam somente com o modelo cognitivo de Beck. Os trabalhos que serão citados a seguir foram um pouco mais longe e se propuseram a analisar como fator de vulnerabilidade não somente as cognições disfuncionais, mas também o estilo atribucional. Estes estudos, apesar de restritos em número, permitem uma melhor comparação entre os modelos, já que a mesma amostra é submetida a medidas de avaliação dos dois tipos de vulnerabilidade.

Cole et al. (2011) estudaram uma amostra 515 estudantes, com idade média de 8,5 anos no início do estudo ($dp=1,2$). Esses estudantes foram submetidos ao *Automatic Thoughts Questionnaire* (CATQ; Hollon & Kendall, 1980), ao *Cognitive Triad Interview for Children* (CTI-C; Kaslow et al., 1992) e ao *Children's Attributional Style Interview* (CASI; Conley, Haines, Hilt, & Metalsky, 2001), para avaliação do estilo atribucional. A partir dessa triagem inicial, foi obtida uma subamostra, constituída por

100 sujeitos classificados como baixo (n=48) ou alto risco (n=52) no fator de vulnerabilidade. Os sujeitos considerados de alto-risco foram aqueles que pontuaram alto em uma das três medidas de cognições e que não obtiveram um escore baixo em nenhuma das medidas. Já os indivíduos classificados como baixo-risco foram aqueles que tiveram um escore baixo em uma das três escalas e não obtiveram um alto escore em nenhuma delas. Já os sintomas depressivos foram avaliados por meio do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime* (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997) e do *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985). Por fim, os eventos de vida negativos foram medidos com o *Life Events and Circumstances* (LEC; Work, Cowen, Parker, & Wyman, 1990). Esses participantes foram avaliados em três momentos subsequentes (seis, 18 e 30 meses após a avaliação inicial) através de todos os instrumentos citados anteriormente. Os resultados mostraram que as cognições negativas foram capazes de prever os sintomas depressivos seis meses e 18 meses depois, mas não 30 meses depois, ou seja, quanto maior o nível de cognições disfuncionais, maior o índice de sintomas depressivos em um intervalo de seis e 18 meses. Esse resultado vai de encontro aos resultados de Greening et al. (2005), levando a supor que o poder preditivo das cognições disfuncionais estariam presentes a curto prazo, mas não a longo prazo. Esse fato foi explicado pelos autores pelo fato de que a estabilidade das cognições negativas em um ano ter sido de 0,49, o que facilitou a capacidade preditiva dessas cognições em um curto intervalo de tempo, mas diminuiu a sua utilidade em um intervalo maior. Ao se comparar os dois fatores de vulnerabilidade (tríade cognitiva negativa/pensamentos automáticos negativos e estilo atribucional), as cognições negativas serviram como melhor preditor dos sintomas depressivos a curto prazo. No que diz respeito ao modelo de diátese-estresse, os resultados apontaram que as interações entre as cognições disfuncionais e os eventos estressores não foi significativa, ou seja, o modelo de diátese-estresse clássico não foi confirmado, já que as medidas cognitivas não interagiram com o nível global de eventos de vida negativos na predição de sintomas depressivos. Quando a medida de vulnerabilidade cognitiva foi o estilo atribucional, os resultados também apontaram que as interações entre o estilo atribucional negativo e os eventos estressores não foi significativa na predição dos sintomas depressivos, ou seja, o modelo de diátese-estresse, utilizando o estilo atribucional como medida das cognições, não foi confirmado. Os autores acreditam que esse resultado foi devido à faixa etária da amostra

do estudo e apontaram a necessidade de realização de estudos longitudinais mais longos que levem em consideração as especificidades do processo de desenvolvimento.

O segundo estudo que trabalhou com os dois modelos de vulnerabilidade foi o de Lewinsohn et al. (2001). Estes autores utilizaram uma amostra recrutada entre os anos 1987 e 1989. Um total de 1709 adolescentes completaram a avaliação inicial e 1507 completaram a segunda avaliação 13,8 meses depois. A idade média dos adolescentes na avaliação inicial foi de 16,6 anos ($dp=1,2$). Os sintomas de depressão foram avaliados através do *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)* e do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977)* e a vulnerabilidade cognitiva através do *Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978)*, para medição das atitudes disfuncionais, e do *Children's Attributional Style Questionnaire (CASQ; Kaslow, Tanenbaum, & Seligman, 1978)*, para avaliação do estilo atribucional. A fim de verificar o modelo de diátese-estresse, os eventos estressores foram medidos por meio de uma lista de onze eventos retirados de várias medidas, entre elas a *Schedule of Recent Experiences (Holmes & Rahe, 1967)* e a *Life Events Schedule (Sandier & Block, 1979)*. Os resultados encontrados apontaram que as atitudes disfuncionais não foram consideradas um fator de risco para um episódio depressivo sob condições de estresse. Esse efeito foi verificado apenas quando, para a realização das análises, as atitudes disfuncionais e o nível de estresse foram agrupados em três faixas (baixa, média e alta), o que é uma vantagem em relação aos trabalhos já citados anteriormente, tendo em vista que esta divisão permite que se faça uma análise mais precisa de cada grupo. O grupo de alto-risco foi constituído por participantes que se localizaram no quartil mais alto nas medidas de atitudes disfuncionais e estilo atribucional negativo. Já o grupo de baixo risco foi composto pelos indivíduos que se localizaram no quartil mais baixo dessas duas medidas. O grupo intermediário, por sua vez, foi o localizado entre os quartis superior e inferior. Assim, apenas nas condições de alto estresse e altas atitudes disfuncionais, o modelo de diátese-estresse foi confirmado. De modo geral, pode-se afirmar um efeito marginal para a relação atitudes disfuncionais X eventos estressores para a predição de depressão um ano depois em adolescentes. Já quando o estilo atribucional negativo foi considerado uma medida de vulnerabilidade cognitiva, os resultados mostraram uma interação significativa entre este tipo de cognição e os eventos de vida estressores para predizerem o início do episódio depressivo. No entanto, em

níveis altos de estresse, o estilo atribucional teve pouco efeito no início da depressão, enquanto que o efeito foi maior quando os níveis de estresse foram baixos. Esse resultado foi contrário ao esperado, o que, segundo os autores, pode refletir uma necessidade de revisão da própria teoria, já que o modelo não seria adequado para adolescentes ou, simplesmente, explicitar problemas no próprio questionário utilizado para medição das atitudes disfuncionais. A grande vantagem deste estudo, em relação ao trabalho de Cole et al. (2001), citado anteriormente, foi a utilização de um grupo de comportamento de risco intermediário. Um grupo com este perfil intermediário torna mais fácil o processo de verificação da existência de um possível limiar do fator de vulnerabilidade para que se obtenha um determinado impacto.

Até o momento foram descritos os modelos que utilizaram como medida de vulnerabilidade cognitiva as cognições disfuncionais, de acordo com o modelo cognitivo de Beck, bem como os trabalhos que avaliaram tanto as cognições disfuncionais quanto o estilo atribucional. A partir de agora serão relatados os estudos que focaram apenas na avaliação do estilo atribucional como medida de vulnerabilidade cognitiva.

Na pesquisa desenvolvida por Rohde, Stice e Gau (2012) participaram 341 estudantes, com idade média de 15,60 anos ($dp=1,2$), que pontuaram acima de 20 pontos no *Center for Epidemiologic Studies-Depression scale* (CES-D; Radloff, 1977) em uma triagem inicial. Esse ponto de corte foi utilizado porque os sujeitos que ficaram acima deste, teriam maior risco para o desenvolvimento de depressão. Os estudantes foram também submetidos ao *Adolescent Cognitive Style Questionnaire* (ACSQ; Hankin e Abramson, 2002) para avaliação do estilo atribucional. Já os eventos negativos foram avaliados por meio do *Major Life Events Scale* (Lewinsohn et al. 1994). Por fim, uma lista de 16 itens que mediam a sintomatologia depressiva com base no DSM-IV foi aplicada na amostra. Os sujeitos foram avaliados posteriormente em três momentos distintos: seis meses, um e dois anos após a primeira avaliação. Os resultados mostraram que o estilo atribucional negativo emergiu como o preditor mais potente (em uma lista de 17 fatores de risco, entre eles eventos estressores, autoestima, história passada de depressão, ajustamento social etc) para início do episódio depressivo. Quanto mais disfuncional o estilo atribucional dos sujeitos, maior o risco de desenvolvimento de depressão. Os resultados apontaram ainda que os participantes que apresentaram um estilo atribucional negativo tiveram quatro vezes aumentada a

possibilidade de desenvolvimento do diagnóstico de depressão quando comparados com os adolescentes que não apresentaram esse perfil. Quase um quarto da amostra exibiu um diagnóstico de depressão durante os dois anos de *follow-up*. Uma desvantagem deste estudo foi a ausência de análise da interação entre estilo atribucional e estresse, o que será feito nos estudos descritos a seguir.

Hilsman e Garber (1995) testaram o modelo de diátese-estresse em uma amostra de 439 estudantes com idade média de 11,39 anos. Como medida de depressão foi utilizada o *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC; Weissman et al., 1980) e para avaliação do estilo atribucional o *Children's Attributional Style Questionnaire* (CASQ; Seligman et al., 1984). Por sua vez, o estresse foi medido através de uma avaliação do grau de aceitação das notas escolares pelos estudantes em diversas disciplinas, que foi respondido uma semana antes das crianças receberem suas notas. Posteriormente, foi calculado um escore que refletia a extensão que as notas recebidas foram menores que as aceitáveis. Uma segunda medida de estresse foi a avaliação feita pelas crianças em relação à forma como os pais reagiram em relação às notas no dia seguinte que as crianças tiveram acesso às mesmas. Verificou-se que a interação entre o estilo atribucional e o estresse (avaliação dos próprios resultados), medido uma semana antes do recebimento das notas, predisseram os sintomas depressivos cinco dias depois dos sujeitos terem acesso a esses resultados, mas não imediatamente após a vivência do estressor. Quanto mais intenso o estilo atribucional negativo, maior o grau de sintomas depressivos cinco dias após a vivência do evento estressor. Os autores explicam esse fato afirmando que, em um primeiro momento, imediatamente após a ocorrência do estresse, o sujeito vivencia apenas certo grau de desapontamento. Apenas depois de certo período é que serão feitas atribuições causais acerca do evento. Uma característica peculiar deste estudo é que os autores utilizam uma medida muito específica de estresse (estresse acadêmico), o que gera dificuldades para se realizar comparações com os estudos que utilizaram medidas mais amplas de eventos estressores.

Robinson, Garber e Hilsman (1995) trabalharam com uma amostra inicial de 381 estudantes, com média etária de 12 anos. Estes estudantes participaram de uma primeira avaliação que ocorreu na sexta série do sistema escolar norte-americano. Seis meses depois, já no sétimo ano, 287 adolescentes provenientes da amostra inicial participaram de uma segunda avaliação. Finalmente, em um intervalo de seis meses, 239

participantes da amostra anterior foram novamente avaliados. As cognições dos adolescentes foram verificadas através do *Children's Attributional Style Questionnaire* (CASQ; Seligman et al., 1984) e os sintomas depressivos através do *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1981). Os participantes também foram submetidos a duas medidas de estresse relacionado com o ambiente escolar, como no estudo de Hilsrnan e Garber (1995), descrito anteriormente. A primeira consistiu em uma avaliação dos estressores diários associados especificamente com o ambiente escolar e foi baseada em diversos inventários desenvolvidos para adolescentes. Já a segunda medida procurou avaliar os estressores associados com a transição para a sétima série. Além disso, neste estudo, diferentemente do anterior, e assemelhando-se ao estudo de Abela e Skitch (2007), a variável autoestima foi também avaliada, o que nos dá uma visão mais ampla do fenômeno abordado. Os resultados mostraram que, ao se controlar o nível de sintomas depressivos no tempo dois (outono do sétimo ano), os estressores e o estilo atribucional negativo contribuíram significativa e positivamente para a predição dos sintomas depressivos depois da transição escolar, ou seja, quanto maior o estresse vivenciado e mais negativo o estilo atribucional, maior o grau da sintomatologia depressiva. Observou-se ainda que, para adolescentes com baixa autoestima no tempo um, o estilo atribucional negativo resultou em altos níveis de sintomas depressivos, principalmente sob altos níveis de estresse. No entanto, para os estudantes com autoestima elevada, o estilo atribucional negativo não interagiu com níveis de estresse na predição da depressão, ou seja, estudantes com elevada autoestima, diante de níveis mais elevados de estresse, relataram maior grau de sintomatologia depressiva, independentemente do estilo atribucional. Esse resultado sugere que aqueles adolescentes com autoestima alta teriam um fator de proteção contra os efeitos depressivos de um estilo atribucional negativo diante de um estressor normativo, como a transição escolar. No mais, este estudo ressalta a importância de se considerar outras variáveis ao se trabalhar com vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Os autores apresentaram evidências de que um estilo cognitivo negativo precede o aumento em sintomas depressivos e é consistente com a visão de que cognições podem contribuir para o desenvolvimento de tais sintomas.

Já no estudo de Cole et al. (2008) três coortes (segunda, quarta e sexta séries do sistema escolar norte americano) foram avaliadas em quatro momentos distintos, com uma avaliação a cada ano. No início do estudo, as crianças mais novas possuíam a idade

média 7,5 anos ($dp=0,6$) e as mais velhas, em média, 11,5 anos ($dp=0,6$). Na primeira avaliação a amostra foi composta por 515 crianças, na segunda avaliação por 518, na terceira por 524 e, finalmente, na quarta avaliação participaram 496 indivíduos. A medida dos sintomas depressivos foi realizada por meio do *Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985) e do *Centers for Epidemiological Studies–Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977) e os eventos estressores foram avaliados através do *Negative Life Events Checklist* (Work et al., 1990). Finalmente, o estilo atribucional das crianças mais novas foi verificado por meio do *Children’s Attributional Style Interview* (CASI; Conley et al., 2001) e das crianças mais velhas pelo *Adolescent Cognitive Style Questionnaire* (ACSQ; Hankin & Abramson, 2002). Os resultados não apontaram evidências de que o estilo atribucional é um fator de vulnerabilidade para os sintomas depressivos entre a segunda e oitava séries. Apenas entre as séries oito e nove (14 e 15 anos), o estilo atribucional e os eventos estressores interagiram para predizer os sintomas depressivos. De modo específico, altos níveis de estilo atribucional negativo interagindo com altos níveis de estresse acarretaram maiores níveis de sintomatologia depressiva que o mesmo nível de estilo atribucional negativo interagindo com baixo estresse. Já um nível baixo de estilo atribucional negativo, ao interagir com altos níveis de estresse, não gerou aumento na sintomatologia depressiva. Esses achados, de certa forma, condizem com os resultados encontrados por Hilsrnan e Garber (1995) e Robinson et al. (1995) já que, nestes estudos, o modelo de diátese-estresse também não foi verificado para as crianças. Esse trabalho possuiu como vantagem o fato de utilizar três coortes e acompanhá-las durante vários anos, o que não se deu nos estudos anteriores, que tiveram *follow-ups* reduzidos. Outra vantagem em relação aos estudos anteriores foi o fato de se avaliar de modo mais amplo os eventos estressores, não focando apenas no estresse acadêmico.

Finalmente, Morris, Ciesla e Garber (2008) estudaram uma amostra constituída por 240 estudantes com idade média de 11,87 anos ($dp=0,57$) que foi avaliada na sexta e na sétima série do sistema escolar norte americano. O estresse foi investigado através do *Life Events Interview for Adolescents* (Garber & Robinson, 1997) e o estilo atribucional através do *Children’s Attributional Style Questionnaire* (CASQ-R; Thompson, Kaslow, Weiss, & Nolen-Hoeksema, 1998). Já os sintomas depressivos foram medidos por meio do *Children’s Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R; Poznanski, Mokros, Grossman, & Freeman, 1985) e do *Children’s Depression Inventory* (CDI; Kovacs,

1981). Importante ressaltar que as análises foram feitas através de uma medida composta de depressão, criada a partir da padronização dos escores do CDRS-R e do CDI e tirando, posteriormente, sua média, o que possibilitou a avaliação de mais aspectos da depressão caso estes questionários tivessem sido usados individualmente. Estes autores também criaram uma medida de depressão, focada nos sintomas de desesperança. Para tanto utilizaram apenas os itens do CDI relacionadas a este aspecto, denominando essa nova medida de CDI-H. Em contraposição aos achados de Hilsrnan e Garber (1995) e Robinson et al. (1995), os resultados deste estudo mostraram que o estilo atribucional não interagiu com o estresse para a predição dos sintomas depressivos um ano depois. Interessante notar que a faixa etária das amostras utilizadas nos três estudos foi muito semelhante. No entanto, um aumento nos sintomas depressivos (exclusivamente dos sintomas associados à desesperança) foi predito pela interação entre estresse, gênero e o estilo atribucional negativo. Para os meninos com altos níveis de estilo atribucional negativo, níveis elevados de estresse predisseram aumento nos sintomas de desesperança da depressão. Em contrapartida, níveis altos de estresse predisseram aumento nos sintomas de desesperança da depressão apenas para as meninas com baixos índices de estilo atribucional negativo (para as meninas com altas taxas de estilo atribucional negativo, os sintomas depressivos eram já altos). Esse estudo denota a importância de se utilizar várias medidas de depressão, já que o tipo de sintomatologia avaliada pode gerar resultados distintos, além de sinalizar a importância de se fazer análises para cada sexo separadamente.

Discussão

A primeira conclusão que pode ser feita a partir dos resultados apresentados diz respeito à verificação do modelo de diátese-estresse em amostras de crianças e adolescentes dentro do modelo de Beck. Três estudos tiveram este objetivo (Lewinsohn et al., 2001; Cole et al., 2011; Abela & Skitch, 2007) e não apresentaram evidências claras desse modelo nas amostras estudadas. No estudo de Abela e Skitch (2007), o modelo só foi aplicável quando a autoestima foi considerada. Já no trabalho de Cole et al. (2011), o modelo não foi confirmado. Interessante salientar que a faixa etária das amostras destes dois trabalhos foram semelhantes, com média de idade de dez e 8,5 anos, respectivamente. Já no estudo de Lewinsohn et al. (2001), que utilizou uma

amostra composta por sujeitos mais velhos (média de 16,6 anos), foi encontrado suporte do modelo para os grupos de alto risco cognitivo vivenciando altos níveis de estresse.

De modo geral, é possível pensar que as cognições disfuncionais associadas com eventos estressores não sejam suficientes para desenvolver sintomatologia depressiva, mas que outros fatores de vulnerabilidade para a depressão também precisem estar presentes, como a autoestima baixa. Neste caso, a autoestima pode ser um fator que provavelmente modera a associação entre atitudes disfuncionais, eventos de vida negativos e sintomas depressivos. Outra possível razão da ausência de evidência do modelo de diátese-estresse nas amostras estudadas pode dever-se à possibilidade de uma crença não se tornar consolidada até a adolescência ou início da idade adulta, depois que experiências de aprendizagem tenham reforçado tais crenças (Hammen & Zupan, 1984).

Apesar de esse não ser o foco do trabalho, alguns autores questionaram se depressão levaria a mudanças no estilo cognitivo. Este modelo foi confirmado nos estudos de LaGrange et al. (2011) e Timbremont e Braet (2006), tanto nas crianças quanto nos adolescentes. Já o trabalho de Roberts e Gamble (2001) não confirmou essa hipótese. Neste trabalho, a amostra foi composta por sujeitos um pouco mais velhos. Talvez a relação depressão causando mudanças no estilo cognitivo deixe de ser verdadeira em idades mais avançadas, já que para estes indivíduos as crenças já estejam consolidadas. Deste modo, verifica-se suporte parcial para a suposição de que as cognições negativas são consequências de um episódio depressivo passado. No entanto, esta hipótese precisa ainda ser melhor verificada em trabalhos futuros.

Em contrapartida, dos seis estudos que testaram a hipótese de vulnerabilidade cognitiva no modelo de Beck, apenas o trabalho de Greening et al. (2005) encontrou evidências totais de que as cognições, sobretudo as positivas, predizem negativamente sintomas depressivos. O fator um, constituído por 12 cognições positivas e três negativas sobre o *self* e o futuro, foi o responsável por essa predição. Cabe afirmar que este estudo possuiu como característica o tempo curto de *follow-up* (apenas quatro meses) e o fato de ter utilizado uma amostra composta só por adolescentes. No mais, o fato de cada trabalho ter utilizado uma estrutura fatorial específica torna difícil a comparação entre os achados. Na pesquisa de LaGrange et al. (2008) apenas dois fatores foram encontrados, no de Greening et al. (2005) a análise fatorial resultou em três fatores (com itens localizados em fatores diferentes daqueles propostos no modelo cognitivo) e no trabalho de Timbremont e Braet (2006) foram utilizadas as três

subescalas do CTI-C como propostas pelo modelo cognitivo, ou seja, três fatores representando separadamente a visão negativa do *self*, do mundo e do futuro. De modo geral, pode-se supor que considerar as cognições como variáveis preditoras dos sintomas depressivos poderia ser mais forte para os adolescentes que para as crianças e poderia ser mais evidente quando o intervalo de predição é relativamente curto.

No entanto, não se pode afirmar que não existam evidências acerca da vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes. Para LaGrange (2011), deve-se levar em consideração que as pessoas não nascem com crenças e cognições desadaptativas totalmente desenvolvidos. Desta forma, é válido o questionamento se de fato as cognições podem predispor para a depressão mesmo quando elas estão em processo de constituição. Além disso, pode-se considerar que o estilo cognitivo de crianças é menos estável porque ainda está em desenvolvimento, fato verificado no estudo de Cole et al. (2011), que encontrou uma estabilidade de 0,49.

Quanto aos estudos que utilizaram como medida de vulnerabilidade cognitiva o estilo atribucional, os resultados foram controversos em alguns aspectos. Primeiramente, o estudo de Rohde et al. (2012), como já suposto, apontou que a vulnerabilidade cognitiva de fato está presente quando o estilo atribucional é considerado fator de vulnerabilidade. A presença do estilo atribucional negativo aumentou consideravelmente o risco de desenvolvimento de depressão. Já os outros seis estudos que avaliaram o estilo atribucional, fizeram a verificação do modelo de diátese-estresse e apresentaram resultados inconclusivos. Os trabalhos de Hilsrnan e Garber (1995) e Robinson et al. (1995) confirmaram a hipótese de diátese-estresse. Já o trabalho de Lewinsohn et al. (2001) apresentou evidências acerca de uma interação significativa entre eventos estressores e o estilo atribucional para a predição dos eventos estressores, mas em um sentido contrário ao proposto pela hipótese de diátese-estresse. Interessante apontar que os três trabalhos utilizaram como medida de estilo atribucional o CASQ, que aparentemente não é uma medida adequada para esta estrutura (Lewinsohn et al. (2001) e, portanto, não se pode dar tão ampla credibilidade aos resultados encontrados. Os demais estudos (Cole et al., 2011; Cole et al., 2008; Morris et al., 2008) encontraram evidências parciais para o modelo. No estudo de Cole et al. (2008) o modelo foi confirmado apenas para as crianças entre 14 e 15 anos enquanto que, no estudo de Morris et al. (2008), o modelo foi confirmado quando foram considerados apenas os sintomas de desesperança de depressão. Importante ressaltar que

o trabalho de Morris et al. (2008) também utilizou como medida o CASQ. Ao se colocar entre parênteses as possibilidades de erros de medida desta escala, pode-se considerar, de modo geral, que evidências do modelo de diátese-estresse não estariam claramente presentes na infância e que resultados confirmatórios do modelo começariam a aparecer na adolescência, como demonstram as faixas etárias dos estudos apontados. Segundo Cole et al. (2008), os estudos investigando a diátese-estresse em crianças não tem encontrado os resultados que confirmem a hipótese porque o estilo atribucional apenas emerge como fator de vulnerabilidade para a depressão quando os sujeitos desenvolvem raciocínio abstrato e pensamento operacional formal.

De modo geral, evidências para o fato de que vulnerabilidade cognitiva para a depressão não estar tão claramente presente em crianças e adolescentes em grande parte dos estudos pode dever-se também ao fato de que, para se avaliar a vulnerabilidade cognitiva, seria importante que fossem simulados em laboratório tipos de estresse que ativem os fatores de vulnerabilidade cognitiva, o que não foi feito nestes trabalhos. Essa forma de delineamento é chamada de *priming* (preativação) e permite que indivíduos vulneráveis se submetam a situações de ativação de esquemas induzidas durante o estudo, como escutar uma música triste ou pensar em um momento triste de sua história (Beck & Alford, 2011). Sem esta ativação, as pessoas com ou sem esquemas depressivos parecerão similares em medidas de cognições desadaptativas (Scher, Ingram, & Segal, 2005). Além disso, seria importante apresentar várias medidas de vulnerabilidade cognitiva em um mesmo estudo, já que às vezes a medida de um único fator de vulnerabilidade não confirma a teoria, que seria confirmada caso outra variável tivesse sido avaliada. Ou seja, precisa se levar em consideração o tipo de vulnerabilidade cognitiva particular de cada indivíduo que compõe a amostra avaliada (Abela & Sarin; 2002).

Acrescenta-se uma crítica ao fato de que a maioria dos estudos utilizou como medida dos sintomas depressivos o CDI. Este inventário, mesmo apresentando graus adequados de confiabilidade e validade, traz dificuldades para se fazer conclusões sobre níveis clínicos significantes de sintomas depressivos, já que se trata de um questionário de autorrelato. Além disso, este inventário dá muita ênfase aos aspectos cognitivos da depressão, o que pode inflar correlações com medidas cognitivas (LaGrange et al., 2008).

Por fim, Just et al. (2001) sugerem que uma forma interessante de testar a hipótese de vulnerabilidade cognitiva seria trabalhar com grupos de alto e baixo risco, ou seja, aqueles que apresentam altos ou baixos índices de cognições disfuncionais, como foi feito por Cole et al. (2011) e Lewinsohn et al. (2001). Deveria ser utilizada também amostra de indivíduos que não se encontram depressivos no momento do estudo e que nunca foram deprimidos, para não se correr o risco de não ser possível identificar se o estilo cognitivo é consequência da depressão ou se predispôs o indivíduo para o episódio. Sugere-se que estudos futuros utilizem-se deste desenho metodológico, o que permitirá resultados mais claros a respeito da temática em questão.

Referências

- Abela, J. R. Z., & Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 811–829.
- Abela, J.R.Z., & Skitch, S.A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1127–1140.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive-diathesis theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23, 384–404.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck A. T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-75.

- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 969–977.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão. Causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397-409.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (Tradução de Sandra Costa). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1979).
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 431–435.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 181-190.
- Cole, D. A., Ciesla, J. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., LaGrange, B., et al. (2008). Emergence of Attributional Style and Its Relation to Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 16-31.
- Cole, D.A., Jacquez, F. M., LaGrange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., et al. (2011). A Longitudinal Study of Cognitive Risks for Depressive Symptoms in Children and Young Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, *31*(6), 782–816.
- Conley, C. S., Haines, B. A., Hilt, L. M., & Metalsky, G. L. (2001). The Children's Attributional Style Interview: Developmental tests of cognitive diathesis–stress theories of depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*, 445-463.

- Greening, L., Stoppelbein, L., Dhossche, D., & Martin, W. (2005). Psychometric Evaluation Of A Measure Of Beck's Negative Cognitive Triad For Youth: Applications For African-American And Caucasian Adolescents. *Depression And Anxiety, 21*, 161–169.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-61.
- Hammen, C., & Zupan, B. A. (1984). Self schemas, depression, and the processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology, 37*, 598–608.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 491–504.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 309–345.
- Hilsrnan, R., & Garber, J. (1995). A Test of the Cognitive Diathesis Stress Model of Depression in Children: Academic Stressors, Attributional Style, Perceived Competence, and Control. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (2), 370-380.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). *Schedule of recent experiences*. Seattle: University of Washington.

- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Just, N., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2001). Remitted Depression Studies As Tests Of The Cognitive Vulnerability Hypotheses Of Depression Onset: A Critique And Conceptual Analysis. *Clinical Psychology Review, 21 (1)*, 63–83.
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 7*, 371–394.
- Kaslow, N., Tanenbaum, R. L., & Seligman, M. E. P. (1978). The KASTAN: A children's attributional style questionnaire. Unpublished manuscript.
- Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R., & Tsai, S. L. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 339-347.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children—present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980-988.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 21*, 995-998.
- Kwon, S., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 309–328.
- LaGrange, B., Cole, D.A., Dallaire, D. H., Ciesla, J.A., Pineda, A.Q., Truss, A.E., et al. (2008). *Psychological Assessment, 20(3)*, 217–226.

- LaGrange, B., Cole, D. A., Jacquez, F., Ciesla, J., Dallaire, D., Pineda, A., et al. (2011). Disentangling the Prospective Relations Between Maladaptive Cognitions and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 511–527.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larsen, D. W., & Franklin, J. (1981) Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 213-219.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 302–315.
- Lewinsohn, P. M., & Joiner Jr., T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of Cognitive Diathesis-Stress Models in Predicting Major Depressive Disorder in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (2), 203-215.
- Morris, M. C., Ciesla, J. A., & Garber, J. (2008). A Prospective Study of the Cognitive-Stress Model of Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(4), 719–734.
- Poznanski, E., Mokros, H. B., Grossman, J., & Freeman, L. N. (1985). Diagnostic criteria in childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1168–1173.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Roberts, J. E., & Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences, 30*, 1023-1037.

- Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. M. (2012). Effects of Three Depression Prevention Interventions on Risk for Depressive Disorder Onset in the Context of Depression Risk Factors. *Prevention Science, 13*, 584–593.
- Robinson, N.S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and Stress: Direct and Moderating Effects on Depressive Versus Externalizing Symptoms During the Junior High School Transition. *Journal of Abnormal Psychology, 3*, 453-463.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sandier, I. N., & Block, M. (1979). Life stress and maladaptation of children. *American Journal of Community Psychology, 7*, 425-439.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 25*, 487–510.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C, Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 235-238.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2006). A longitudinal investigation of the relation between a negative cognitive triad and depressive symptoms in youth. *Journal of Adolescence, 29*, 453–458.
- Thompson, M., Kaslow, N. J., Weiss, B., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire-Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment, 10*, 166–170.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, November). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 736–740.
- Work, W. C., Cowen, E. L., Parker, G. T., & Wyman, P. A. (1990). Stress resilient children in an urban setting. *Journal of Primary Prevention, 11*, 3-17.
- Zeiss, A. M., & Lewinsohn, P. M. (1988). Enduring deficits after remissions of depression: A test of the scar hypothesis. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 151–158.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 55-59.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthall, C., & Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 45*, 738-740.

3 ARTIGO 2 - VULNERABILIDADE COGNITIVA PARA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cognitive Vulnerability to Depression in Children and Adolescents

Resumo

A vulnerabilidade cognitiva para a depressão pode ser compreendida através do modelo cognitivo de Beck. Dentro deste modelo compreende-se que as crenças nucleares e as atitudes disfuncionais, constituídas nos primeiros anos de vida dos sujeitos, afetam a forma como o *self*, o mundo e o futuro são percebidos pelos sujeitos. Segundo o paradigma de diátese-estresse, abarcado no modelo cognitivo de Beck, essas cognições se tornariam evidentes ao serem acionadas por eventos estressores, o que propiciaria o surgimento da sintomatologia depressiva. A literatura também aponta que as cognições positivas parecem ter um papel importante na predisposição para a depressão. Diante disso, esse estudo buscou investigar a vulnerabilidade cognitiva para a depressão, avaliando o papel das cognições positivas e negativas na predição dos sintomas depressivos e a contribuição da relação entre a tríade cognitiva negativa e eventos estressores para o aparecimento dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. A amostra foi constituída por 225 crianças e adolescentes com idade variando entre dez e 16 anos de escolas públicas e particulares da cidade de Belo Horizonte. Os sujeitos foram submetidos ao Inventário de Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes (ITC-CA) e ao Inventário de Depressão Infantil (CDI). Na segunda avaliação, ocorrida 8,4 meses após a primeira, os sujeitos foram avaliados pelos instrumentos anteriores, além de responderam ao Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência (IEEA). O sexo, os sintomas depressivos no tempo 1 e as cognições explicaram 57% da variância dos sintomas depressivos no tempo 2. Dentre as cognições, as únicas variáveis significativas foram o *Self* Positivo, o Mundo Positivo e o Mundo Negativo. Para avaliação da diátese-estresse, a amostra foi dividida de acordo com a vivência de eventos estressores em Baixo, Moderado e Alto Risco. Já em relação à vulnerabilidade, os sujeitos foram classificados como Vulnerável, Resiliente ou Moderado. O grupo Vulnerável e de Alto Risco apresentou sintomas depressivos muito mais intensos que os sujeitos vulneráveis classificados como Risco Baixo e Moderado. Esses resultados sugerem a importância de se considerar as cognições positivas na predisposição para a depressão e a possibilidade de existência de certo limiar de eventos estressores para um aparecimento intenso de sintomatologia depressiva em indivíduos vulneráveis.

Palavras-chave: Depressão, tríade cognitiva, vulnerabilidade cognitiva, criança, adolescente, diátese-estresse.

Abstract

The Cognitive vulnerability to depression can be understood through the Beck's cognitive model. For this model, core beliefs and dysfunctional attitudes, formed in the individuals' first years of life, affect how the self, the world and the future are perceived by the subjects. According to the diathesis-stress paradigm, embraced by the cognitive model of Beck, these cognitions become evident when activated by stressful events, which might result in the emergence of depressive symptoms. The literature also indicates that positive cognitions appear to have an important role in the predisposition to depression. Considering all which was just pointed, this study investigated the cognitive vulnerability to depression, assessing the role of positive and negative symptoms in predicting depressive cognitions and the contribution of the relationship between negative cognitive triad and stressful events to the onset of depressive symptoms in children and adolescents. The sample consisted of 225 children and adolescents aged between ten and 16 years, from public and private schools in the city of Belo Horizonte. The subjects were submitted to the *Inventário de Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes* (ITC-CA) and the *Inventário de Depressão Infantil* (CDI). In the second evaluation, which occurred 8.4 months after the first one, subjects were assessed by previous instruments, and also respond to the *Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência* (IEEA). The sex, depressive symptoms at the time 1 and cognitions, explained 57 % of variance in depressive symptoms at the time 2. Among the cognitions, the only significant variables were the Self Positive, the Positive Word and the Negative World. To review the diathesis-stress, the sample was divided according to the experience of stressful events in three categories of groups of risk: Low, Moderate and High. Regarding the vulnerability, the subjects were classified as Vulnerable, Resilient or Moderate . The Vulnerable and High Risk group had depressive symptoms more intense that vulnerable subjects classified as Low and Moderate Risk. These results suggest the importance of considering the positive cognitions as a essential factor to predisposition to depression and the possibility of

existence of certain threshold of experience of stressful events for intense onset of depressive symptoms in venerable individual.

Keywords: Depression, cognitive triad, cognitive vulnerability, child, adolescent, diathesis-stress.

A vulnerabilidade cognitiva para a depressão implica em uma suscetibilidade aumentada para a ocorrência dessa patologia (Zubin & Spring, 1977). Relações familiares e sociais iniciais na vida dos sujeitos parecem ser determinantes importantes para esse estado, por meio do desenvolvimento e consolidação de crenças negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro. No entanto, a predisposição para depressão não produz o início do transtorno, sendo necessário, para isso um fator estressor vindo do ambiente, ou seja, situações ativadoras de crenças disfuncionais, que permitiriam o desencadeamento da depressão. Essa interação entre características pessoais e eventos estressores ambientais é central no modelo diátese-estresse.

Segundo Beck (1967), os indivíduos que experienciaram perdas ou adversidades na infância irão desenvolver crenças nucleares negativas, que são relativamente estáveis ao longo do tempo e em diversas situações e estados de humor. Estas crenças podem permanecer relativamente dormentes por longos períodos, até que sejam ativadas em situações de vida estressantes, especialmente por estresse que relembra a experiência na qual a crença negativa foi estabelecida. O modelo de diátese-estresse explica como uma vulnerabilidade latente é ativada através de eventos percebidos como estressantes pelos indivíduos. A percepção de um evento como estressante depende de vivências prévias similares, que contribuíram para o desenvolvimento da vulnerabilidade. Deste modo, deve-se ter claro que a diátese se refere à predisposição para a doença, enquanto que o estresse refere-se à percepção subjetiva de um evento como estressante para o indivíduo.

As crenças nucleares negativas dão margem ao aparecimento de atitudes disfuncionais relacionadas à perda, ao fracasso e ao abandono. As atitudes disfuncionais incluem cognições como a de que a felicidade depende de ser perfeito, estar no controle ou estar totalmente relacionada à aprovação de outras pessoas (Beck, Hallon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985). Além disso, quando ativadas, a crença nuclear e as atitudes disfuncionais tendem a gerar pensamentos automáticos negativos que poderão desencadear sintomas depressivos.

Os eventos estressantes criam emoções negativas também para as pessoas saudáveis. No entanto, para as pessoas vulneráveis, as circunstâncias estressantes são interpretadas através um sistema de significado que distorce o impacto do evento, um viés no processamento de informação, criando um efeito negativo que alimenta ainda mais as cognições disfuncionais (Ingram, 2003). Nessas circunstâncias, as crenças

depressogênicas são mais propensas a se autoperpetuarem, já que as informações que são adicionadas à crença normalmente a reforça, conduzindo a uma rigidez cognitiva, muito comum em casos de depressão (Ingram, 2001).

Existe uma série de estudos que demonstram que, de fato, indivíduos depressivos apresentam níveis mais altos de atitudes disfuncionais, pensamentos automáticos e estilo atribucional negativos (Gotlib & Krasnoperova, 1998; Gotlib, Kurtzman, & Blehar, 1997). No entanto, Ingram, Kendall, Siegle, Guarino e McLaughlin (1995) apontam que vários estudos sugerem que déficits nas cognições positivas podem ser tão importantes na compreensão de certas desordens emocionais quanto a presença de cognições negativas. Existe um interesse crescente por parte dos pesquisadores em compreender as contribuições de aspectos positivos na vida diária dos indivíduos (Keyfitz, Lumley, Henning, & Dozois, 2013; Haeffel e Vargas; 2011). Neste sentido, estudos ligados ao bem estar subjetivo dão margem para a compreensão do homem não apenas a partir de fatores negativos, mas a partir de suas potencialidades e são, indiscutivelmente, necessários (Passareli & Silva, 2007).

Dentro da temática de vulnerabilidade cognitiva para a depressão, é importante dar destaque às diferenças entre os sexos no que tange os sintomas depressivos e as cognições disfuncionais, bem como à estabilidade destes construtos ao longo do tempo. Kumpulainen, Rasanen, Henttonen, Hamalainen e Roine (2000) encontraram moderada estabilidade dos sintomas depressivos no período de até três anos em uma amostra composta por crianças e adolescentes. Já em relação às diferenças entre os sexos, as taxas de depressão entre meninos e meninas são comparáveis na infância, mas aos 18 anos as meninas apresentam duas vezes mais chances de se tornarem deprimidas (Lucht et al. 2003), além de apresentarem maior índice de cognições negativas. Essas diferenças entre os sexos começam a emergir por volta dos 13 e 15 anos (Hankin & Abramson, 2002).

O estudo desenvolvido por Mezulis, Funasaki, Charbonneau e Hyde (2010) denota bem os dados citados anteriormente. Estes autores avaliaram uma amostra composta por 366 adolescentes nas idades de onze, 13 e 15 anos. Resultados não apontaram diferença significativa de sexo nos sintomas depressivos para a amostra de onze anos, mas essa diferença esteve presente na idade de 13 e 15 anos, com as meninas apresentando escores mais altos. Diferença no estilo cognitivo negativo entre meninos e meninas (avaliado através de uma medida de estilo atribucional) foi verificada apenas

na idade de 15 anos, com as meninas apresentando escores mais altos que os meninos. Resultados semelhantes foram encontrados por Calvete e Cardenoso (2005), que estudaram uma amostra de 491 meninas e 365 meninos com idade entre 14 e 17 anos. Os adolescentes foram agrupados em dois grupos (idade entre 14 e 15 anos e idade entre 16 e 17 anos). Nos dois grupos, as meninas obtiveram escores mais altos em sintomas depressivos. Além disso, as meninas também reportaram significativamente mais pensamentos automáticos negativos.

Gómez-Maquet (2007) também apresenta resultados similares. Este autor avaliou uma amostra de 1096 sujeitos, entre 12 e 16 anos, e encontrou diferença significativa entre os adolescentes e as adolescentes em relação à sintomatologia depressiva. Também em relação aos pensamentos automáticos, uma diferença significativa entre os dois grupos foi verificada. As adolescentes apresentam pontuações mais altas nos pensamentos automáticos negativos e o contrário aconteceu com os pensamentos automáticos positivos. Quando as mesmas análises foram realizadas com a subamostra localizada acima do percentil 75 na escala de sintomas depressivos, os mesmos resultados foram verificados.

A vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes foi investigada em alguns trabalhos (Hilsman & Garber, 1995; Robinson, Garber, & Hilsman, 1995; Roberts & Gamble, 2001, para citar alguns), no entanto os resultados não foram totalmente conclusivos. Além disso, em poucos estudos os autores se preocuparam em dividir a amostra de acordo com os riscos cognitivos e níveis de estresse vivenciado, que permite maior clareza nos resultados. Sendo assim, esse aspecto será levado em consideração neste trabalho.

Tendo em vista o exposto, este estudo longitudinal buscará investigar o impacto da vulnerabilidade cognitiva, medida por altos escores de crenças negativas, nos sintomas depressivos em crianças e adolescentes, relacionando-os com eventos estressores vivenciados pelos sujeitos. Diferentemente de outros trabalhos serão analisadas, nessa pesquisa, padrões de crenças negativas e positivas. Serão investigadas também diferenças entre os grupos de meninos e meninas em relação às cognições positivas e negativas. Em relação às primeiras, existe uma lacuna na literatura que tratam das diferenças neste fator.

Método

Participantes

Participaram desse estudo longitudinal um total de 225 crianças e adolescentes provenientes de escolas públicas e particulares da cidade de Belo Horizonte. Esse grupo foi composto por 130 pessoas do sexo feminino (57,80%) e 95 do sexo masculino (42,20%), cuja idade variou entre dez e 16 anos ($M=12,39$; $dp=1,16$). Os participantes foram avaliados duas vezes com um intervalo médio de 8,40 meses entre os tempos um e dois.

O número de participantes no Tempo 1 da coleta foi de 378 crianças e adolescentes, sendo 220 meninas (58,20%) e 158 meninos (41,80%). A idade dos participantes desse grupo inicial variou de dez a 16 anos ($M=12,48$; $dp=1,26$). Por diversos motivos, 153 participantes não participaram da coleta no Tempo 2, sendo excluídos do estudo. Comparações entre o grupo que permaneceu no estudo ($n=225$) com o grupo de crianças excluídas do estudo por não completarem a coleta no Tempo 2 ($n=153$) não indicaram diferenças significativas em relação aos sintomas depressivos, indicando que essa perda amostral não introduziu nenhum viés expressivo nos resultados.

Instrumentos

- 1) Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes (ITC-CA, Anexo A). O ITC-CA é uma adaptação do *Cognitive Triad Inventory for Children* (CTI-C, Kaslow, Stark, Printz, Livingston, & Tsai, 1992). A escala original, composta por 36 itens, foi construída a fim de avaliar a tríade cognitiva disfuncional em crianças e adolescentes, através de uma escala *Likert* de três pontos. Ao contrário da versão original, na qual a escala compreendia três subescalas (*Self*, Mundo e Futuro), a adaptação realizada por Teodoro, Verdolin, Almeida e Ohno (submetido) encontrou uma estrutura com seis componentes, que avaliam os fatores positivos e negativos de cada componente da tríade cognitiva: *Self* Positivo (visão positiva sobre si mesmo); *Self* Negativo (ver-se a si mesmo como inadequado, indigno e deficiente, por exemplo); Mundo Positivo (visão positiva das pessoas e do ambiente); Mundo Negativo (visão pessimista,

derrotista e depreciativa das experiências de vida); Futuro Positivo (visão marcada, sobretudo, por esperança em relação ao futuro) e, finalmente, Futuro Negativo (a expectativa de que as dificuldades persistirão no futuro e não há nada que se possa fazer para mudar isso, por exemplo). Os alphas de Cronbach encontrados neste trabalho variaram de 0,59 a 0,74. Já as análises com o CTI-C, instrumento original em inglês, revelaram índices de consistência interna de 0,83 para o *Self*, 0,69 para o Mundo, 0,85 para o Futuro e 0,92 para a escala total (Kaslow et al., 1992).

- 2) Inventário de Depressão Infantil (CDI, Anexo B). Esta é uma escala composta por 27 itens, que avaliam os sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão em crianças e adolescentes com idade entre sete e 17 anos. Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) adaptaram o instrumento para uso no Brasil em um estudo realizado com 305 estudantes de João Pessoa e encontraram uma consistência interna de 0,81. O trabalho desenvolvido por Wathier, Dell’Aglío e Bandeira (2008), com uma amostra de 951 crianças e adolescentes, encontraram uma estrutura composta por três fatores (afetivo-somático, relação com o outro e desempenho), que explicaram 31,89% da variância.
- 3) Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência Adaptado (IEEA, Anexo C): É um inventário, composto por 60 itens, que identifica os eventos estressores que já ocorreram com o respondente e a sua percepção quanto ao impacto do evento em sua vida. Em cada item é citado um evento e a criança ou adolescente deve marcar “não” (caso nunca tenha vivenciado a situação) ou “sim” (caso a tenha vivenciado). Ao se marcar “sim” deve ser apontada a intensidade do estresse vivenciado através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, que varia desde “nada estressante” a “totalmente estressante”. No estudo de Kristensen, Leon, D’Incao, Dell’Aglío (2004), com 330 estudantes de Porto Alegre e Novo Hamburgo, foi encontrado um Alpha de Cronbach de 0,90. Esse instrumento foi aplicado neste estudo apenas no tempo dois (T2). Para as análises foram considerados apenas a presença ou ausência do evento estressor e não a sua intensidade, sendo que o escore total foi igual a soma de eventos estressores vivenciados pelos sujeitos.

A aplicação do ITC-CA, do CDI e do IEEA foi realizada em escolas públicas e particulares de Belo Horizonte, coletivamente e dentro de sala de aula. As crianças e adolescentes, bem como os seus responsáveis, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - vide Anexo D). O projeto foi devidamente aprovado pelo comitê de ética da universidade dos autores e não ofereceu nenhum risco aos participantes.

Análise de Dados

Inicialmente foram realizadas as análises descritivas dos dados. A comparação entre os grupos foi realizada através do Teste t de Student e de Análise de Variância (ANOVA). Já as associações entre as variáveis através de análises de regressão linear múltipla e correlação de Pearson. O tamanho amostral permitiu a utilização de testes paramétricos ao longo de todo esse trabalho. As análises foram realizadas através do Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 19).

Resultados

Diferenças de Sexo e Idade para Crenças Cognitivas e Sintomas Depressivos

Foram realizadas comparações das cognições e sintomas depressivos entre os grupos de meninas e meninos, através do Teste t de Student para amostras independentes. Os resultados mostraram que o grupo feminino obteve um escore significativamente maior em relação às cognições relacionadas ao *Self* Negativo ($t=-2,05$; $p<0,05$) e significativamente menor em relação ao *Self* Positivo ($t=2,90$; $p<0,05$) quando comparadas com os meninos. No que diz respeito à depressão, as meninas obtiveram um escore significativamente superior de sintomas depressivos em relação aos meninos ($t=-2,88$; $p<0,05$). Esses resultados estão elencados na Tabela 2.

Tabela 2

Média, Desvio-padrão e Significância entre os Grupos Masculino e Feminino em Relação as Crenças cognitivas (ITC-CA) e Sintomas depressivos (CDI) (n=225)

Medida	Média		T
	Masculino	Feminino	
ITC-CA			
<i>Self</i>	10,94 (1,40)	10,37(1,50)	2,90*
Positivo			
<i>Self</i>	8,31 (2,30)	9,00 (2,61)	-2,05*
Negativo			
Mundo	12,98 (1,78)	12,72(1,93)	1,09
Positivo			
Mundo	8,38 (2,29)	8,87 (2,25)	-1,60
Negativo			
Futuro	13,95 (1,56)	13,48 (1,92)	1,99
Positivo			
Futuro	7,01(2,23)	7,12 (1,99)	-0,42
Negativo			
CDI	7,80(4,86)	10,19 (6,99)	-2,88*

Nota: *p<0,05; **p<0,001. ITC-CA: Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes; CDI: Inventário de Depressão Infantil

A fim de verificar possíveis relações da idade com os seis fatores do ITC-CA com os sintomas depressivos, todos medidos no tempo um (T1), foram realizadas análises de correlação de Pearson. Não foram observadas correlações significativas entre idade e os fatores do ITC-CA. Uma correlação significativa foi encontrada apenas com o escore total no CDI. No entanto, a correlação foi baixa ($r=0,16$; $p<0,05$), indicando um aumento muito pequeno dos sintomas depressivos com o aumento da idade.

Estabilidade das Crenças Cognitivas e dos Sintomas Depressivos

A estabilidade das crenças e dos sintomas depressivos foram avaliadas com correlação de Pearson dos escores da mesma medida no T1 e no T2. Todos os índices

encontrados foram significativos, como se pode ver na Tabela 3, com cargas variando de baixas a moderadas. A maior correlação foi apresentada pelo escore do CDI ($r=0,69$; $p<0,05$), indicando uma relativa estabilidade dos sintomas depressivos no intervalo médio de 8,4 meses.

Tabela 3

Correlação de Pearson das Crenças Cognitivas e Sintomas Depressivos nos Tempos 1 e 2 (n=225)

<i>Self</i> Positivo (ITC-CA)	0,40**
<i>Self</i> Negativo (ITC-CA)	0,50**
Mundo Positivo (ITC-CA)	0,53**
Mundo Negativo (ITC-CA)	0,47**
Futuro Positivo (ITC-CA)	0,28**
Futuro Negativo (ITC-CA)	0,33**
Sintomas depressivos (CDI)	0,69**

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,001$. ITC-CA: Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes; CDI: Inventário de Depressão Infantil

Capacidade Preditiva dos Fatores dos ITC-CA

A fim de investigar a capacidade preditiva dos fatores do ITC-CA medidos no T1 em relação aos sintomas depressivos, avaliados no T2, foi realizada uma análise de regressão múltipla hierárquica, através do método *Enter*. A variável sexo entrou no primeiro bloco da equação de regressão. O escore dos sintomas depressivos (CDI) no T1 foi incluído no segundo bloco e, por fim, no terceiro bloco da equação, os seis fatores relacionados às crenças cognitivas negativas e positivas (ITC-CA) foram acrescentados. No primeiro passo da análise, o sexo foi um preditor significativo para o CDI no T2 ($\beta=0,24$; $p<0,001$), explicando 5,5% da variância. Ao se acrescentar o CDI no T1 no segundo bloco da equação, verificou-se que essa variável ($\beta=0,67$; $p<0,001$), juntamente com o sexo ($\beta=0,11$; $p<0,05$), foram significativas na predição dos sintomas depressivos no T2, explicando juntas 48,5% da variância. Finalmente, o terceiro bloco foi responsável por explicar 57,4% da variância, mostrando-se significativas as variáveis Sexo ($\beta=0,09$; $p<0,05$), Sintomas Depressivos no T1 ($\beta=0,49$; $p<0,001$), *Self*

Positivo ($\beta=-0,27$; $p<0,001$), Mundo Positivo ($\beta=-0,14$; $p<0,05$) e Mundo Negativo ($\beta=0,14$; $p<0,05$). Os detalhes das análises podem ser vistos na Tabela 4

Tabela 4

Análise de Regressão Hierárquica com o Método Enter para os Sintomas Depressivos no Tempo 2 (n= 224)

Regressões/Variáveis Independentes	R ²	Beta	t
Constante		-	3,01*
Sexo		0,24	3,73**
	0,06		
Constante		-	0,77
Sexo		0,11	2,14*
Sintomas depressivos (CDI)		0,67	13,68**
	0,49		
Constante		-	4,44**
Sexo		0,09	1,98*
CDI T1		0,49	8,26**
Self Positivo (ITC-CA)		-0,27	5,59**
Self Negativo (ITC-CA)		-0,02	0,23
Mundo Positivo (ITC-CA)		-0,14	2,50*
Mundo Negativo (ITC-CA)		0,14	2,18*
Futuro Positivo (ITC-CA)		0,01	0,13
Futuro Negativo (ITC-CA)		-0,10	1,64
	0,57		

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,001$. ITC-CA: Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças e Adolescentes; CDI: Inventário de Depressão Infantil

Análise da Vulnerabilidade Cognitiva

Para análise da vulnerabilidade cognitiva e suas relações com níveis de estresse três grupos foram formados, baseando-se na soma dos três fatores negativos do ITC-CA e tomando como referência o percentil 25 e 75. O grupo 1, denominado Vulnerável, foi constituído pelos sujeitos que se encontravam no quartil superior. O grupo 2,

denominado Moderado, foi aquele que obteve escores entre os percentis 25 e 75. Por fim, o grupo chamado de Resiliente, foi formado por sujeitos que se localizavam no quartil inferior. Em relação à vivência de eventos estressores, medido pelo IEEA, os participantes também foram divididos em três grupos. O grupo 1, Alto Risco, foi composto pelos sujeitos que compuseram o quartil superior, o grupo 2, denominado de Risco Moderado, foi constituído por aqueles que se encontravam entre os percentis 25 e 75 e, finalmente, o grupo 3, chamado de Baixo Risco, foi composto pelos sujeitos que se localizavam no quartil inferior.

A relação entre os níveis de estresse e de vulnerabilidade cognitiva na predição dos sintomas depressivos são apresentados na Figura 2. Pela análise do gráfico verifica-se que o grupo Vulnerável foi afetado consideravelmente pela variação nos níveis de eventos estressores. Deste modo, percebe-se que os sujeitos mais vulneráveis que passam por um grande estresse possuem mais chances de desenvolverem altos níveis de sintomatologia depressiva quando comparados com os demais grupos.

A fim de verificar se a diferença entre os grupos de baixo, médio e alto risco foi significativa, análises de variância (ANOVA) *one-way* foram realizadas separadamente para cada grupo de vulnerabilidade cognitiva (resiliente, moderado e vulnerável). Os resultados apontaram a ausência de diferenças significativas entre os três níveis de risco em relação aos níveis de sintomas depressivos nos sujeitos resilientes. Para os participantes com vulnerabilidade moderada, foi verificada diferença significativa entre os grupos de risco ($F=5,93$; $gl=2$; $p<0,05$). Análises posteriores com o teste *post hoc* (Bonferroni) indicaram que a diferença encontrava-se entre os grupos de baixo risco ($M=6,29$; $DP=3,40$) e alto risco ($M=9,88$; $DP=4,10$). Já para os vulneráveis, diferenças significativas em relação aos níveis de sintomas depressivos entre as faixas de risco também foram encontradas ($F=7,58$; $gl=2$; $p<0,05$). Análises com o teste *post hoc* (Bonferroni) indicaram diferenças entre os grupos de baixo ($M=7,55$; $DP=5,09$) e alto risco ($M=14,96$; $DP=8,66$) e entre os grupos de alto risco e risco moderado ($M=8,90$; $DP=4,52$) (vide Tabela 5).

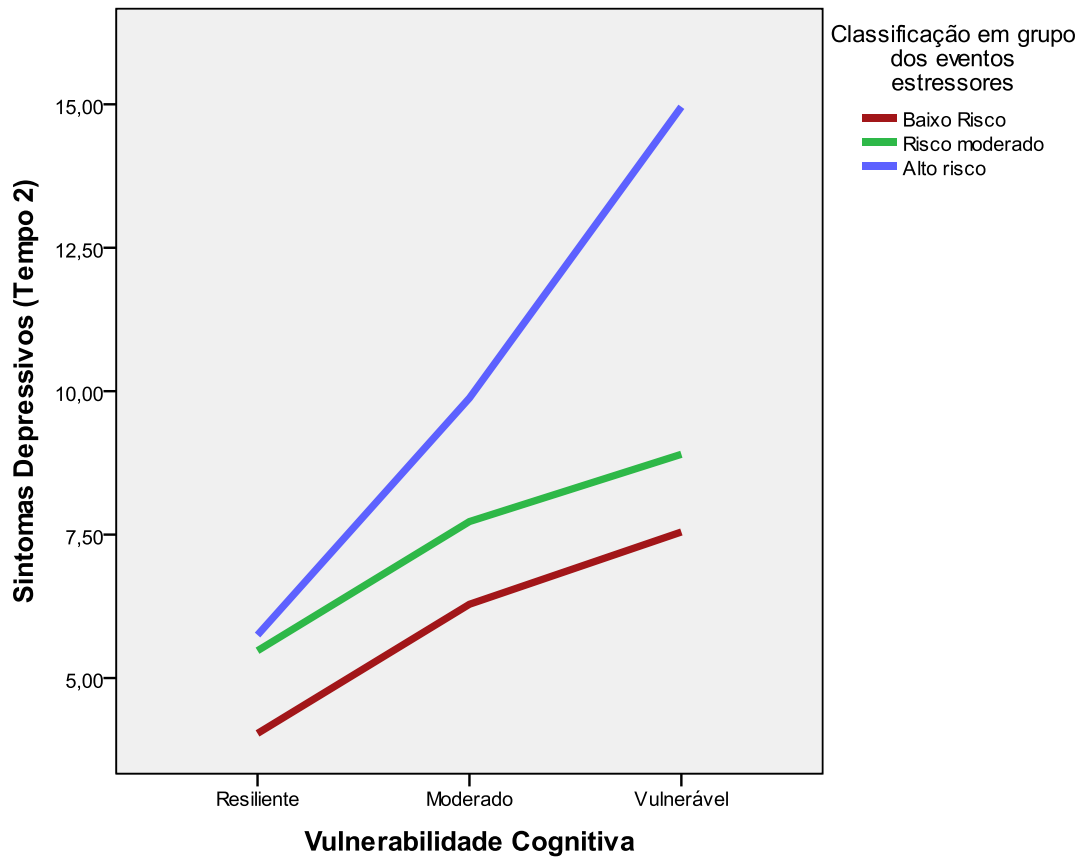


Figura 2

Relação entre os Níveis de Estresse e de Vulnerabilidade Cognitiva na Predição dos Sintomas Depressivos (n=224)

Tabela 5

Média (Desvio-Padrão) do Risco de Acordo com a Vulnerabilidade dos Participantes (n=219)

Grupos	Risco (Desvio Padrão)			F (sig)
	Baixo	Moderado	Alto	
Resiliente	4,03 (3,42)	5,48 (4,01)	5,75 (3,85)	1,24
Moderado	6,29 (3,40)	7,72 (3,89)	9,88 (4,10)	5,93*

Vulnerável	7,55 (5,09)	8,90 (4,52)	14,96 (8,66)	7,58*
------------	----------------	----------------	-----------------	-------

Nota: * $p < 0,05$

Discussão

Os resultados deste trabalho ressaltaram aspectos já verificados na literatura, mas também trouxeram à nota alguns pontos que merecem explorações futuras. No que diz respeito às diferenças entre meninos e meninas em relação aos sintomas depressivos e às cognições, os resultados confirmaram os dados já apresentados em trabalhos anteriores (Calvete & Cardenoso, 2005; Mezulis et al.; 2010; Gómez-Maquet, 2007). As meninas pontuaram mais alto nos sintomas depressivos e nas cognições negativas (relativas ao *self*), enquanto que os meninos apresentaram maior escore nas cognições positivas (também relacionadas ao *self*).

Os dados também mostraram uma correlação baixa e positiva entre a idade e os sintomas depressivos, o que indica um pequeno aumento da depressão com o aumento da idade. Mezulis et al. (2010), trabalhando com uma amostra de adolescentes, também verificaram que os sintomas depressivos cresceram ao longo do tempo.

Este estudo mostrou certa estabilidade das cognições entre os tempos 1 e 2. Apesar dos índices de correlação terem variado de baixos a moderados, todos apresentaram significância estatística. Uma maior estabilidade, refletida em índices de correlação mais altos, talvez fosse verificada entre os adolescentes mais velhos, caso fossem realizadas análises para cada faixa etária separadamente. No estudo de LaGrange et al. (2008) maior estabilidade foi encontrada no período de um ano apenas para os adolescente entre 12 e 13 anos, não tendo sido verificado tais resultados para as crianças mais novas. Já a sintomatologia depressiva mostrou-se, no presente estudo, estável no intervalo de 8,4 meses, indo de encontro aos achados de Kumpulainen et al. (2000).

Ao se avaliar as variáveis preditivas dos sintomas depressivos tanto no T1 quanto no T2, os resultados trazem a tona aspectos já esperados, como a importância das cognições relacionadas à visão negativa de mundo e *self* e, claramente, para a predição dos sintomas depressivos no T2, a depressão no T1. No entanto, surge a importância da visão positiva de *self* e mundo para a predição dos sintomas depressivos.

Para Ingram e Wisnicki (1988), o grau de cognições positivas, ao invés de cognições negativas, pode ser mais importante na determinação de um funcionamento adaptativo ou desadaptativo dos indivíduos. Condizente com essa perspectiva é o fato de que, na predição da depressão no T2, dos três tipos de cognições responsáveis que contribuíram para o resultado, duas são positivas (*Self* Positivo e Mundo Positivo).

Keyfitz et al. (2013) encontraram resultados que vão de encontro aos apresentados neste estudo. Eles verificaram uma forte relação (negativa e significativa) entre depressão e cognições positivas globais, bem como cognições positivas específicas, incluindo, autoeficácia, sucesso, confiança, otimismo e merecimento em crianças e adolescentes. As cognições positivas foram associados com mais variância nos escores de depressão que as negativas. Também no estudo de Haefel e Vargas (2011), foi verificado que os indivíduos com estilo cognitivo negativo estavam protegidos do aumento nos sintomas depressivos se eles possuísem um estilo cognitivo positivo. Estes indivíduos exibiam níveis de sintomas depressivos similares aos sujeitos que não possuíam um estilo cognitivo negativo, dando indícios de que um estilo cognitivo positivo pode ser um fator protetivo para um indivíduo vulnerável à depressão.

O *Self* Positivo foi, dentre as variáveis cognitivas responsáveis para a predição da depressão no T2, o mais fortemente relacionado aos sintomas depressivos. Condizente com esse achado é o resultado encontrado por Keyfitz et al. (2013), no qual a cognição com o tema de merecimento, aspecto ligado à autoestima, foi também o mais fortemente associado aos sintomas depressivos.

A visão de futuro, tanto positiva quanto negativa, não contribuiu para a predição dos sintomas depressivos. Pode estar por trás desse resultado o fato de que, para essa faixa etária, as expectativas futuras estarem apenas se constituindo, juntamente com a formação da identidade, não sendo suficientemente consistentes para predizerem sintomas depressivos futuros.

No que tange a relação diátese-estresse, os resultados apontaram que se os indivíduos possuem cognições negativas a um baixo nível, o nível de estresse vivenciado não interferirá nos índices de sintomatologia depressiva, que permanecerá baixa. Já em casos de vulnerabilidade moderada, diferenças em relação ao nível de estresse vivenciado dá margem para variabilidade nos níveis de sintomas depressivos. Finalmente, no grupo de indivíduos vulneráveis, não ocorreram diferenças entre os

sujeitos de moderado e baixo risco, mas as diferenças apareceram apenas em relação a estes grupos e o grupo de indivíduos que vivenciaram altos índices de eventos estressores, o qual foi suscetível a uma sintomatologia depressiva muito maior que a apresentada pelos demais. Interessante notar que este dado parece indicar um possível limiar de risco (eventos estressores) para o aparecimento de alta sintomatologia depressiva em sujeitos vulneráveis, o que pode ser verificado em estudos futuros. Resultados similares foram encontrados na pesquisa desenvolvida por de Lewinsohn, Joiner e Rohde (2001), na qual a incidência de depressão foi mais alta para aqueles sujeitos com altos níveis de atitudes disfuncionais que vivenciaram altos níveis de estresse.

Além disso, a depressão por si mesma pode ser um fator de vulnerabilidade para a depressão (Otto et. al, 2007). Nesse sentido, a ausência de um controle dos episódios depressivos passados foi um ponto negativo, já que sem essa informação não se sabe se as cognições negativas encontradas são consequência do episódio depressivo passado ou se estavam presentes antes dele.

Problemas importantes podem ser verificados nas escala de estresse utilizada neste estudo. Apesar da escala contar com 60 itens, as vivências de estresse são muito específicas e possíveis situações estressoras podem não ter sido captadas pelo questionário. Além disso, sabe-se que a variabilidade da percepção de estresse pelos indivíduos é muito subjetiva e, ao se trabalhar apenas com respostas binárias (“sim” e “não”), perde-se a percepção do impacto do evento estressor para os sujeitos.

Tendo em vista que a estrutura cognitiva dos sujeitos torna-se menos detectável quando a depressão não está presente, é importante encontrar ativadores destas estruturas, os chamados procedimentos de *priming*, o que não ocorreu neste estudo. No entanto, mesmo os estudos de *priming* podem ser problemáticos, já que as crenças, sendo pensadas como resultado de experiências pessoais negativas, detém uma variabilidade muito grande. Deste modo, torna-se complicado encontrar ativadores de crenças negativas relevantes para todos os sujeitos (Beck & Alford, 2011).

Por fim, cabe ressaltar que existe uma série de outras variáveis que não foram abarcadas neste artigo que contribuem para a vulnerabilidade cognitiva para a depressão. Fatores como a autoestima e relações parentais são exemplos de fatores que podem ser explorados em trabalhos futuros, já que a literatura aponta resultados

proeminentes ao se considerar tais aspectos (Robinson, Garber, & Hilsman, 1995; Abela & Skitch, 2007; Ingram, 2003).

Referências

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão. Causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Calvete, E., & Cardenoso, O. (2005). Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 179–192.
- Gomez-Maquet, Y. (2007). Cognición, Emoción y Sintomatología Depresiva en Adolescentes Escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 435-447.
- Gotlib, I. H., & Krasnoperova, E. (1998). Biased information processing as a vulnerability factor for depression. *Behavior Therapy*, 29, 603-617.
- Gotlib, I. H., Kurtzman, H. S., & Blehar, M. C. (1997). Cognition and depression: Issues and future directions. *Cognition and Emotion*, 11, 663-673.
- Haefel, G. J., Vargas, I. (2011). Resilience to depressive symptoms: The buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 13-18.

- Hankin, B., & Abramson, L. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 491–504.
- Hilsman, R., & Garber, J. (1995). A Test of the Cognitive Diathesis Stress Model of Depression in Children: Academic Stressors, Attributional Style, Perceived Competence, and Control. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (2), 370-380.
- Ingram, R. E. (2001). Developing Perspectives on the Cognitive–Developmental Origins of Depression: Back Is the Future. *Cognitive Therapy and Research, 25*(4), 497–504.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research, 27* (1), 77–88.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., Guarino, J., & McLaughlin, S. C. (1995). Psychometric properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychological Assessment, 7*, 495-507.
- Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 898-902.
- Keyfitz, L., Lumley, M. N., Henning, K. H., Dozois, D. J. A. (2013). The Role of Positive Schemas in Child Psychopathology and Resilience. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 97-108.
- Kristensen C.H., Leon J.S., D’Incao, D.B., Dell’Aglío, D.D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia, 8*(1), 45-55.

- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Henttonen, I., Hamalainen, M., & Roine, S.(2000). The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 5-11.
- LaGrange, B., Cole, D.A., Dallaire, D. H., Ciesla, J.A., Pineda, A.Q.,Truss, A.E., et al. (2008). *Psychological Assessment*, 20(3), 217–226.
- Lewinsohn, P. M., & Joiner Jr., T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of Cognitive Diathesis-Stress Models in Predicting Major Depressive Disorder in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 203-215.
- Lucht, M., Schaub, R. T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Bartels, T., et al. (2003). Gender differences in unipolar depression: A general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77, 203–211.
- Mezulis, A.H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A., M., & Hyde, J. S. (2010). Gender Differences in the Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression in the Transition to Adolescence, *Cognitive Therapy and Research*, 34, 501–513.
- Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohe, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A., & Harlow, A. F. V. (2007). Dysfunctional Attitudes and Episodes of Major Depression: Predictive Validity and Temporal Stability in Never-Depressed, Depressed, and Recovered Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (3), 475–483.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. da (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517.
- Robinson, N.S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and Stress: Direct and Moderating Effects on Depressive Versus Externalizing Symptoms During the Junior High School Transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 3,453-463.

Roberts, J. E., & Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences, 30*, 1023-1037.

Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica, 7*, 75-84.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi constituído por dois artigos que, juntos, trazem contribuições importantes para as pesquisas na área. O primeiro estudo buscou verificar as evidências presentes na literatura acerca da vulnerabilidade cognitiva em crianças e adolescentes. Os resultados, apesar de não terem sido conclusivos pela oposição dos resultados de alguns trabalhos, dão margem para supor que as cognições se consolidem mais tardiamente, na adolescência, e, por isso, a vulnerabilidade cognitiva esteja presente a partir dessa faixa etária. No entanto, a idade exata não é clara e, portanto, estudos futuros que abarquem o fator desenvolvimental são necessários. A literatura já fornece alguns indícios de que o grau de estabilidade existe em amostras de adolescentes, enquanto que para as crianças pouca estabilidade de conteúdos das cognições tem sido relatadas (Cole et al., 2011). Nesse sentido, estudos de coortes, com *follow ups* mais extensos que o utilizado nesse estudo, poderiam trazer a tona outros resultados.

O artigo empírico buscou, diante dos dados inconclusivos da literatura, avaliar a vulnerabilidade cognitiva para a depressão em crianças e adolescentes, e sua relação com eventos estressores. Dentre os resultados, destacaram-se o papel das crenças positivas, relacionadas ao mundo e ao *self*, na predição dos sintomas depressivos. Estes resultados abrem espaço para uma reflexão acerca da necessidade de se incorporar mais plenamente cognições positivas em modelos cognitivos da depressão a fim de iluminar os mecanismos de risco. Por exemplo, baixos níveis de crenças positivas podem ter impacto nas interpretações de eventos positivos, como uma lente que não permite que as experiências positivas influenciem positivamente a visão do *self*, do mundo e do futuro. Sugere-se que a falta de crenças positivas podem servir como um forte preditor de depressão na adolescência que o característico viés cognitivo negativo (Keyfitz, Lumley, Henning, & Dozois; 2013).

Além disso, os dados mostraram que, em sujeitos vulneráveis, ao se alterar o risco de moderado para alto, percebe-se que a sintomatologia depressiva cresce consideravelmente. Este resultado dá margens para se pensar na existência de certo limiar de risco para o aparecimento da depressão em sujeitos vulneráveis, o que também poderia ser melhor investigado em trabalhos futuros.

Este trabalho apontou ainda que as cognições relacionadas ao futuro não contribuíram com a predição da depressão. Outros estudos devem ser realizados a fim de se verificar se, de fato, há ausência de influências da visão de futuro na predição de depressão em amostras com a faixa etária abarcada nesse trabalho.

Outro dado relevante é que o artigo empírico aqui apresentado trabalhou apenas com o modelo cognitivo de Beck (1967). Seria interessante, em próximos trabalhos, a avaliação conjunta também do modelo de estilo atribucional de Abramson et al. (1978), afim de se avaliar as possíveis divergências nos resultados e talvez a sobreposição dos modelos.

Cabe ainda ressaltar que, neste estudo, a ausência de cognições positivas não foi analisada enquanto fator de vulnerabilidade que se relaciona com o estresse na predição dos sintomas depressivos. Pesquisas futuras poderiam se atentar para essa questão, já que existe uma escassez de trabalhos, mesmo a nível internacional, que abarcam a ausência dessas crenças como fator de vulnerabilidade para a depressão. Estudos com delineamentos de *priming*, que induzem a ativação de crenças disfuncionais, também devem ser utilizados. É importante ainda a realização de pesquisas que abarquem variáveis não envolvidas neste trabalho que são também fatores de vulnerabilidade para a depressão, como a autoestima e episódios depressivos passados. Além disso, é importante incluir escalas que avaliem, além dos sintomas depressivos, o diagnóstico de depressão, utilizando-se também de amostras clínicas.

Espera-se que os resultados fornecidos por esse trabalho abram vias para a realização de novos estudos. Com um corpo teórico e empírico bem consolidado, é possível que novos caminhos de intervenção para crianças e adolescentes vulneráveis à depressão sejam desenvolvidos.

5 REFERÊNCIAS

- Abela, J. R. Z., & Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 811–829.
- Abela, J.R.Z., & Skitch, S.A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1127–1140.
- Abela, J. R. Z., & Sullivan, C. (2003). A test of Beck's cognitive-diathesis theory of depression in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23, 384–404.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Conceptual background, design, and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 227–262.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 13(3), 58-67.
- Barbosa, G.A., Dias, M.R., Galão, A.A., & Lorenzo, W.C.G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto – Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 4, 36-40.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck A. T. (1991). Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-75.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969–977.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). Depressão. Causas e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). Terapia cognitiva da depressão (Tradução de Sandra Costa). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1979).
- Beck, J. S. (1995). Terapia cognitiva. Teoria e prática. Porto Alegre: artmed.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 431–435.
- Calvete, E., & Cardenoso, O. (2005). Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 179–192.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181-190.

- Cole, D. A., Ciesla, J. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., LaGrange, B., et al. (2008). Emergence of Attributional Style and Its Relation to Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 16-31.
- Cole, D.A., Jacquez, F. M., LaGrange, B., Pineda, A. Q., Truss, A. E., Weitlauf, A. S., et al. (2011). A Longitudinal Study of Cognitive Risks for Depressive Symptoms in Children and Young Adolescents. *Journal of Early Adolescence, 31*(6), 782–816.
- Cole, D. A., Jacquez, F. M., Truss, A. E., Pineda, A. Q., Weitlauf, A. S., Tilghman-Osborne, et al. (2009). Gender Differences in the Longitudinal Structure of Cognitive Diatheses for Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1312-1326.
- Conley, C. S., Haines, B. A., Hilt, L. M., & Metalsky, G. L. (2001). The Children's Attributional Style Interview: Developmental tests of cognitive diathesis–stress theories of depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 445-463.
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin, 94*, 472-505.
- Calvete, E., & Cardenoso, O. (2005). Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 179–192.
- Gomez-Maquet, Y. (2007). Cognición, Emoción y Sintomatología Depresiva en Adolescentes Escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39* (3), 435-447.
- Gotlib, I. H., & Krasnoperova, E. (1998). Biased information processing as a vulnerability factor for depression. *Behavior Therapy, 29*, 603-617.

- Gotlib, I. H., Kurtzman, H. S., & Blehar, M. C. (1997). Cognition and depression: Issues and future directions. *Cognition and Emotion, 11*, 663-673.
- Greening, L., Stoppelbein, L., Dhossche, D., & Martin, W. (2005). Psychometric Evaluation Of A Measure Of Beck's Negative Cognitive Triad For Youth: Applications For African-American And Caucasian Adolescents. *Depression And Anxiety, 21*, 161-169.
- Haefel, G. J., Vargas, I. (2011). Resilience to depressive symptoms: The buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 13-18.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-61.
- Hammen, C., & Zupan, B. A. (1984). Self schemas, depression, and the processing of personal information in children. *Journal of Experimental Child Psychology, 37*, 598-608.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 491-504.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haefel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 309-345.
- Hilsman, R., & Garber, J. (1995). A Test of the Cognitive Diathesis Stress Model of Depression in Children: Academic Stressors, Attributional Style, Perceived Competence, and Control. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (2), 370-380.

- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 383-395.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). Schedule of recent experiences. Seattle: University of Washington.
- Ingram, R. E. (2001). Developing Perspectives on the Cognitive–Developmental Origins of Depression: Back Is the Future. *Cognitive Therapy and Research, 25*(4), 497–504.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research, 27* (1), 77–88.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., Guarino, J., & McLaughlin, S. C. (1995). Psychometric properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychological Assessment, 7*, 495-507.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press.
- Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 898-902.
- Just, N., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2001). Remitted Depression Studies As Tests Of The Cognitive Vulnerability Hypotheses Of Depression Onset: A Critique And Conceptual Analysis. *Clinical Psychology Review, 21* (1), 63–83.
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 7*, 371–394.

- Kaslow, N. J., Stark, K. D., Printz, B., Livingston, R., & Tsai, S. L. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relation to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 339-347.
- Kaslow, N., Tanenbaum, R. L., & Seligman, M. E. P. (1978). The KASTAN: A children's attributional style questionnaire. Unpublished manuscript.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children—present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 980-988.
- Keyfitz, L., Lumley, M. N., Henning, K. H., Dozois, D. J. A. (2013). The Role of Positive Schemas in Child Psychopathology and Resilience. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 97-108.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 21*, 995-998.
- Kristensen C.H., Leon J.S., D'Incao, D.B., Dell'Aglio, D.D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia, 8(1)*, 45-55.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Henttonen, I., Hamalainen, M., & Roine, S.(2000). The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 5-11.
- Kwon, S., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 309–328.

- LaGrange, B., Cole, D.A., Dallaire, D. H., Ciesla, J.A., Pineda, A.Q., Truss, A.E., et al. (2008). *Psychological Assessment*, 20(3), 217–226.
- LaGrange, B., Cole, D. A., Jacquez, F., Ciesla, J., Dallaire, D., Pineda, A., et al. (2011). Disentangling the Prospective Relations Between Maladaptive Cognitions and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 511–527.
- Lewinsohn, P. M., & Joiner Jr., T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of Cognitive Diathesis-Stress Models in Predicting Major Depressive Disorder in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 203-215.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larsen, D. W., & Franklin, J. (1981) Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 213-219.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302–315.
- Lucht, M., Schaub, R. T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Bartels, T., et al. (2003). Gender differences in unipolar depression: A general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77, 203–211.
- Mezulis, A.H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A., M., & Hyde, J. S. (2010). Gender Differences in the Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression in the Transition to Adolescence, *Cognitive Therapy and Research*, 34, 501–513.
- Morris, M. C., Ciesla, J. A., & Garber, J. (2008). A Prospective Study of the Cognitive-Stress Model of Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 719–734.

- Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohe, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A., & Harlow, A. F. V. (2007). Dysfunctional Attitudes and Episodes of Major Depression: Predictive Validity and Temporal Stability in Never-Depressed, Depressed, and Recovered Women. *Journal of Abnormal Psychology, 116* (3), 475–483.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. da (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia, 24*(4), 513-517.
- Poznanski, E., Mokros, H. B., Grossman, J., & Freeman, L. N. (1985). Diagnostic criteria in childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1168–1173.
- Roberts, J. E., & Gamble, S. A. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents. *Personality and Individual Differences, 30*, 1023-1037.
- Robinson, N.S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and Stress: Direct and Moderating Effects on Depressive Versus Externalizing Symptoms During the Junior High School Transition. *Journal of Abnormal Psychology, 3*,453-463.
- Robinson, N.S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and Stress: Direct and Moderating Effects on Depressive Versus Externalizing Symptoms During the Junior High School Transition. *Journal of Abnormal Psychology, 3*,453-463.
- Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. M. (2012). Effects of Three Depression Prevention Interventions on Risk for Depressive Disorder Onset in the Context of Depression Risk Factors. *Prevention Science, 13*, 584–593.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

- Sandier, I. N., & Block, M. (1979). Life stress and maladaptation of children. *American Journal of Community Psychology*, 7, 425-439.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487–510.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C, Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Thompson, M., Kaslow, N. J., Weiss, B., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire-Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment*, 10, 166–170.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2006). A longitudinal investigation of the relation between a negative cognitive triad and depressive symptoms in youth. *Journal of Adolescence*, 29, 453–458.
- Vázquez, C.; Hervás, G.; Hernangómez, L.; & Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: una Síntesis y Nueva Propuesta Basada en 30 Años de Investigación. *Behavioral Psychology*, 18(1), 139-165.
- Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7, 75-84.

- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978, November). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.
- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*, 736–740.
- Work, W. C., Cowen, E. L., Parker, G. T., & Wyman, P. A. (1990). Stress resilient children in an urban setting. *Journal of Primary Prevention*, *11*, 3-17.
- Zeiss, A. M., & Lewinsohn, P. M. (1988). Enduring deficits after remissions of depression: A test of the scar hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 151–158.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 55-59.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthall, C., & Wilson, S. (1986). A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 738-740.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

6 ANEXOS

ANEXO A – Inventário da Tríade Cognitiva para Crianças (ITC-C, Kaslow et al., 1992)

Nome: _____

Sexo: _____ Feminino _____ Masculino

Idade: _____ anos

Instruções: Marque a resposta que melhor descreve sua opinião. Escolha somente uma resposta para cada ideia. Responda os itens de acordo com o que voce está PENSANDO AGORA sobre o que você sentiu hoje. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas.

Veja o exemplo:

	SIM	TALVEZ	NÃO
1. A vida tem seus altos e baixos.	X		

No exemplo acima, a marca em “SIM” indica que quem respondeu a este questionário concorda com a ideia de que “a vida tem seus altos e baixos”.

	SIM	TALVEZ	NÃO
1. Eu faço bem muitas coisas diferentes.			
2. Tarefas escolares são sem graça.			
3. A maioria das pessoas é amigável e prestativa.			
4. Nada tende a dar certo para mim.			
5. Eu sou um fracasso.			
6. Eu gosto de pensar sobre as coisas boas que vão acontecer comigo no futuro.			
7. Eu faço minha tarefa de casa bem.			
8. As pessoas que eu conheço me ajudam quando eu preciso.			
9. Eu penso que, em alguns anos, as coisas vão dar certo para mim.			
10. Eu estraguei quase todas as melhores amizades que eu já tive.			

	SIM	TALVEZ	NÃO
11. No futuro vão acontecer muitas coisas legais comigo.			
12. As coisas que faço todos os dias são divertidas.			
13. Eu não consigo fazer nada certo.			
14. As pessoas gostam de mim.			
15. Não resta nada em minha vida para desejar.			
16. Meus problemas e preocupações nunca vão acabar.			
17. Eu sou tão bom quanto as outras pessoa que eu conheço.			
18. O mundo é um lugar muito malvado.			
19. Não há razão para pensar que as coisas vão melhorar para mim.			
20. As pessoas importantes na minha vida me ajudam e são legais comigo.			
21. Eu me odeio.			
22. Eu vou resolver meus problemas.			
23. Coisas ruins acontecem comigo freqüentemente.			
24. Eu tenho um amigo que me ajuda e que é legal comigo.			
25. Eu consigo fazer muitas coisas bem feitas.			
26. Meu futuro é ruim demais pra se pensar.			
27. Minha família não se importa com o que acontece comigo.			
28. As coisas vão dar certo para mim no futuro.			
29. Eu me sinto culpado por um monte de coisas.			
30. Não importa o que eu faça, as outras pessoas tornam as coisas que eu quero mais difíceis.			
31. Eu sou uma boa pessoa.			
32. Não tenho nenhuma expectativa para quando eu ficar mais velho.			
33. Eu gosto de mim mesmo.			

	SIM	TALVEZ	NÃO
34. Eu me deparo com várias dificuldades.			
35. Eu tenho problemas com o meu jeito de ser.			
36. Eu acho que eu vou ser feliz quando eu ficar mais velho.			

ANEXO B – Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Nome: _____

Sexo: () M () F Idade: _____ anos

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 - () Eu sempre vou ao cinema
 () Eu vou ao cinema de vez em quando
 () Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. **Marque só uma alternativa em cada questão.**

Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Caso contrário, vire a página e comece a responder.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

- 01 - Eu fico triste de vez em quando
 Eu fico triste muitas vezes
 Eu estou sempre triste
- 02 - Para mim tudo se resolverá bem
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 Nada vai dar certo para mim
- 03 - Eu faço bem a maioria das coisas
 Eu faço errado a maioria das coisas
 Eu faço tudo errado
- 04 - Eu me divirto com muitas coisas
 Eu me divirto com algumas coisas
 Nada é divertido para mim
- 05 - Eu sou mau (má) de vez em quando
 Eu sou mau (má) com frequência
 Eu sou sempre mau (má)
- 06 - De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
 Eu temo que coisas ruins me aconteçam
 Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão
- 07 - Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto muito de mim
 Eu me odeio
- 08 - Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 09 - Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar
 Eu quero me matar
- 10 - Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
 Eu sinto vontade de chorar frequentemente
 Eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11 - Eu me sinto preocupado de vez em quando
 Eu me sinto preocupado frequentemente
 Eu me sinto sempre preocupado
- 12 - Eu gosto de estar com pessoas
 Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas
 Eu não gosto de estar com pessoas
- 13 - Eu tomo decisões facilmente
 É difícil para mim tomar decisões
 Eu não consigo tomar decisões
- 14 - Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos

- () Eu sou feio (feia)
- 15 - () Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
() Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
() Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16 - () Eu durmo bem à noite
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
() Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17 - () Eu me canso de vez em quando
() Eu me canso frequentemente
() Eu estou sempre cansado (cansada)
- 18 - () Eu como bem
() Alguns dias eu não tenho vontade de comer
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19 - () Eu não temo sentir dor nem adoecer
() Eu temo sentir dor e ficar doente
() Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente
- 20 - () Eu não me sinto sozinho (sozinha)
() Eu me sinto sozinho(a) muitas vezes
() Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)
- 21 - () Eu me divirto na escola frequentemente
() Eu me divirto na escola de vez em quando
() Eu nunca me divirto na escola
- 22 - () Eu tenho muitos amigos
() Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
() Eu não tenho amigos
- 23 - () Meus trabalhos escolares são bons
() Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
() Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24 - () Sou tão bom quanto outras crianças
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
() Não posso ser tão bom quanto outras crianças
- 25 - () Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
() Eu não tenho certeza se alguém me ama
() Ninguém gosta de mim realmente
- 26 - () Eu sempre faço o que me mandam
() Eu não faço o que me mandam com frequência
() Eu nunca faço o que me mandam
- 27 - () Eu não me envolvo em brigas
() Eu me envolvo em brigas com frequência
() Eu estou sempre me envolvendo em brigas

ANEXO C – Inventário de Eventos Estressores na Infância e na Adolescência (IEEA)

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____

Abaixo estão apresentados alguns eventos que podem ter acontecido com você e que podem ter sido experiências ruins na sua vida.

Marque aqueles eventos de vida que já lhe ocorreram **NOS ÚLTIMOS 6 MESES** e assinale, para estes, um valor entre 1 a 5, de forma que quanto maior for o número, pior foi a experiência para você.

Sendo assim considere:

1) Nada estressante; 2) Um pouco estressante; 3) Mais ou menos estressante; 4) Muito estressante e 5) Totalmente estressante.

Observe o seguinte exemplo:

00) Perder um passeio porque choveu

Não ()

Sim (X) 1() 2() 3() 4() 5(X)

Muito obrigado pela sua colaboração.

1) Ter problemas com professores

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

10) Alguém da família não conseguir emprego

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

2) A família ter problemas com a polícia

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

11) Mudar de colégio

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

3) A família não ter dinheiro

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

12) Mudar de casa ou de cidade

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

4) Discutir com amigos(as)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

13) Ter que trabalhar para ajudar a família

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

5) Rodar de ano na escola

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

14) Ser levado(a) para a FASE ou algum abrigo

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

6) Um dos pais ter filhos com outros parceiros

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

15) Ir para o conselho tutelar

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

7) Alguém da família perder o emprego

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

16) Morte de um dos pais

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

8) Ter problemas e dúvidas quanto às mudanças no corpo e aparência

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

17) Morte de irmãos(ãs)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

9) Não ter amigos (as)

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

18) Morte de outro familiar

Não ()

Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

- 19) Morte de amigo(a)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 20) Ter que viver em abrigo
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 21) Ter brigas com irmãos(ãs)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 22) Ter familiares doentes ou deficientes.
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 23) Não conhecer um dos pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 24) Ter dormido na rua
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 25) Ter amigos(as) doentes ou deficientes
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 26) Não receber cuidado e atenção dos pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 27) Ter algum familiar que usa drogas
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 28) Ter que obedecer às ordens de seus pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 29) Ter crise nervosa
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 30) Ter doenças graves ou lesões sérias
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 31) Ter problemas com os outros pela sua raça
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 32) Ter dificuldades de adaptação/ajustamento na escola
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 33) Sofrer humilhação ou ser desvalorizado(a)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 34) Sofrer castigos e punições
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 35) Ter dificuldades em fazer amizades
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 36) Um dos pais se casar novamente
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 37) Sofrer agressão física ou ameaça de agressão por parte dos pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 38) Ser tocado(a) sexualmente contra a vontade
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 39) Ser suspenso(a) da escola
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 40) Ter sido adotado(a)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 41) Ter mau relacionamento com colegas
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 42) Ser impedido(a) de ver os pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 43) Ser expulso de casa
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()
- 44) Ter algum familiar que bebe muito
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

45) Tirar notas baixas na escola
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

46) Ficar pobre
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

47) Usar drogas
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

48) Um dos pais ter que morar longe
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

49) Envolver-se em brigas com agressão física
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

50) Ser estuprado(a)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

51) Ser rejeitado(a) pelos familiares
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

52) Ser assaltado(a)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

53) Ser xingado(a) ou ameaçado(a) verbalmente
por professores(as)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

54) Separação dos pais
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

55) Ser expulso(a) da escola
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

56) Ser expulso(a) da sala de aula pela
professora
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

57) Ter sofrido algum tipo de violência
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

58) Terminar o namoro
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

59) Sentir-se rejeitado(a) por colegas e amigos
(as)
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

60) Sofrer acidente
Não ()
Sim () 1() 2() 3() 4() 5()

Muito obrigada (o) !!!

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Com o intuito de conhecer e compreender melhor alguns aspectos relativos à família, estamos realizando uma pesquisa coordenada pelo Prof. Maycoln Teodoro, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Para isto, estamos pedindo a sua colaboração no estudo “Relacionamento Familiar, Sintomas Internalizantes e Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais”.

Para participar desta pesquisa, seu filho precisará responder alguns questionários individualmente. Para colaborar com nosso estudo você precisa preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido descrito abaixo. Gostaríamos de salientar que a participação de seu(ua) filho(a) é voluntária e que ele poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento. Na divulgação dos resultados da pesquisa, será mantida em sigilo a identidade dele(a). Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone 51- 9342-7797 (tratar com Prof. Maycoln Teodoro).

Desde já, agradecemos a sua colaboração,

Prof. Maycoln L. M. Teodoro

Eu _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “Relacionamento Familiar, Sintomas Internalizantes e Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

Prezado participante,

Com o intuito de conhecer e compreender melhor alguns aspectos relativos à família, estamos realizando uma pesquisa coordenada pelo Prof. Maycoln Teodoro, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Para isto, estamos pedindo a sua colaboração no estudo “Relacionamento Familiar, Sintomas Internalizantes e Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais”.

Para participar desta pesquisa, você precisará responder alguns questionários individualmente. Para colaborar com nosso estudo você precisa preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido descrito abaixo. Gostaríamos de salientar que a sua participação é voluntária e que você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento. Na divulgação dos resultados da pesquisa, será mantida em sigilo a sua identidade. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone 51- 9342-7797 (tratar com Prof. Maycoln Teodoro).

Desde já, agradecemos a sua colaboração,

Prof. Maycoln L. M. Teodoro

Eu _____ declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo “Relacionamento Familiar, Sintomas Internalizantes e Vulnerabilidade Cognitiva em Adolescentes e seus Pais” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura