

## Intervenções no Contexto Escolar para Depressão em Crianças e Adolescentes: Uma *Scoping Review*

**Marcela Hipólito de Souza<sup>\*,1</sup>**

Orcid.org/0000-0001-8519-5713

**Gustavo Kastien Tartaro<sup>1</sup>**

Orcid.org/0000-0002-2659-1430

**Thalyta Padulla Gerodo<sup>1</sup>**

Orcid.org/0000-0002-1693-7696

**Leila Maria Ferreira Couto<sup>1</sup>**

Orcid.org/0000-0003-2004-1259

**Makilim Nunes Baptista<sup>1</sup>**

Orcid.org/0000-0001-6519-254X

---

*<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas, SP, Brasil*

### Resumo

Os programas para a prevenção ou diminuição da sintomatologia depressiva em grupos de crianças e adolescentes podem contribuir para promoção de saúde mental no contexto escolar, no entanto, é necessário ampliar a compreensão abrangente sobre as intervenções que contemplem a literatura internacional e nacional. O objetivo deste estudo foi mapear as intervenções destinadas à prevenção da depressão infantojuvenil no contexto escolar. A revisão de escopo é um método de revisão utilizada para obter uma visão geral das evidências disponíveis. A amostra incluiu 37 publicações que apresentassem os países de origem, delineamento do estudo, tamanho amostral, idade dos participantes, tipo de programa/intervenção, além de instrumentos utilizados e os desfechos favoráveis à depressão. De modo geral, as intervenções conduzidas apresentaram desfechos positivos em relação à diminuição de sintomas de depressão ao público-alvo, porém, grande parte das intervenções mantiveram os resultados por até seis meses após a aplicação dos programas. A presente revisão sugere escassez de referências nacionais que considerem programas preventivos, além de defender a implantação de programas interventivos nas escolas.

**Palavras-chave:** depressão infantil, revisão, saúde mental, escola, prevenção.

---

\* Correspondência: Marcela Hipólito de Souza, Rua Waldemar Cesar da Silveira, 105, Jardim Cura D'ars, 13045-510, Campinas – SP, Brasil. Fone: (19) 99359-6448. marcelahipolitos@gmail.com

## School-based Interventions for Depression in Children and Adolescents: A Scoping Review

### Abstract

Programs for the prevention or reduction of depressive symptoms in groups of children and adolescents can contribute to the promotion of mental health in the school context, however, it is necessary to expand a comprehensive understanding of intervention that include the international and national literature. The purpose of this study was to map interventions aimed at preventing depression in children and adolescents in the school context. A scoping review is a review method used to obtain an overview of available evidence. The sample included 37 publications that presented the countries of origin, study design, sample size, age of participants, type of program/intervention, in addition to the instruments used and positive outcomes to depression. In general, the interventions conducted showed positive outcomes in relation to the reduction of depression symptoms in the target audience, however, most interventions maintained results for up to six months after the programs were applied. The present review suggests a lack of national references that consider preventive programs, in addition to advocating the implementation of interventive programs in school.

**Keywords:** childhood depression, review, mental health, school, prevention.

## Intervenciones en el Contexto Escolar para la Depresión en Niños y Adolescentes: Una *Scoping Review*

### Resumen

Los programas de prevención o reducción de síntomas depresivos en grupos de niños y adolescentes pueden contribuir para la promoción de la salud mental en el contexto escolar, sin embargo, es necesario ampliar una comprensión integral de las intervenciones que incluyan la literatura internacional y nacional. El objetivo de este estudio fue mapear intervenciones dirigidas a la prevención de la depresión en niños y adolescentes en el contexto escolar. Una revisión de alcance es un método de revisión utilizado para obtener una visión general de la evidencia disponible. La muestra incluyó 37 publicaciones que presentaban los países de origen, el diseño del estudio, el tamaño de la muestra, la edad de los participantes, el tipo de programa/intervención, además de los instrumentos utilizados y los resultados favorables a la depresión. En general, las intervenciones realizadas mostraron resultados positivos con relación a la reducción de los síntomas de depresión en el público, sin embargo, la mayoría de las intervenciones mantuvieron los resultados hasta seis meses después de la aplicación de los programas. La presente revisión sugiere una carencia de referentes nacionales que consideren programas preventivos, además de abogar por la implementación de programas intervenidos en las escuelas.

**Palabras-clave:** depresión infantil, revisión, salud mental, escuela, prevención.

A depressão em crianças e adolescentes tem apresentado crescente prevalência nos últimos anos (Keyes et al., 2019; Twenge et al., 2019). Os programas de intervenção para a melhoria de sintomatologia depressiva se fazem necessários neste sentido, pois além de contribuir para o tratamento de um problema de saúde pública, eles podem evitar o desenvolvimento de outros

transtornos e comorbidades destes pacientes na idade adulta. Sob este princípio, a escola pode ser considerada o ambiente mais adequado para a implementação de intervenções às crianças e aos adolescentes, pois contribui para a construção de valores pessoais e significados atribuídos a eventos e situações, que podem estar atrelados à saúde mental (Guimarães et al., 2013). Sendo

este um tema tão importante, tais premissas suscitam o questionamento acerca da frequência com que o ambiente escolar tem sido utilizado para a realização de intervenções focadas na depressão infantojuvenil. O presente estudo visa justamente realizar este levantamento, mapeando, através de uma revisão de escopo, os dados existentes na literatura sobre a execução de programas preventivos e de tratamento da depressão infantojuvenil no contexto escolar.

Dentre as psicopatologias com maior prevalência em crianças e adolescentes está a depressão. Estima-se que entre 1,3% e 3% de crianças em idade escolar sejam acometidas por esta psicopatologia. Em adolescentes este número chega a 8% (Kutcher et al., 2015; Pennant et al., 2015), sendo que um estudo recente indicou que adolescentes americanos tiveram um aumento de 52% entre os anos de 2005 e 2017 em ocorrência de episódios de Transtorno Depressivo Maior (TDM), aumentando de 8,7% para 13,2% (Keyes et al., 2019). Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5-TR – 5ª edição revisada* (American Psychiatric Association, 2022), a depressão infantil pode ser definida sob os mesmos critérios diagnósticos dos adultos, sendo caracterizada pela presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas: diminuição do interesse, humor deprimido, insônia ou hipersonia, perda ou ganho significativo de peso, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Estes sintomas devem estar presentes por um período mínimo de duas semanas, e representar uma mudança nos padrões anteriores de funcionamento do sujeito (American Educational Research Association [AERA] et al., 2014).

A depressão não afeta apenas o humor, mas um conjunto de fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais e econômicos. No caso das crianças e adolescentes, este transtorno pode ocasionar problemas sociais e baixa performance acadêmica (Verboom et al., 2014), abuso de substâncias (Earnshaw et al.,

2017), obesidade (Johnson et al., 2018) baixa autoestima e retraimento (Pennant et al., 2015). Outros fatores também podem estar associados ao desenvolvimento deste transtorno no público infantojuvenil, como gênero (Frigerio et al., 2001; Giannakopoulos et al., 2009; Wang et al., 2016), idade (Denda et al., 2006; Kwak et al., 2008), status socioeconômico (Frigerio et al., 2001; Giannakopoulos et al., 2009; Zhou et al., 2018), satisfação com a imagem corporal (Kwak et al., 2008; Li et al., 2007), ansiedade (Lee et al., 2013), estresse acadêmico (Wang et al., 2016), e o relacionamento com a família e os pares (Kwak et al., 2008; Larsson & Melin, 1992; Lee et al., 2013).

A sintomatologia depressiva na população infantojuvenil nem sempre é de fácil diagnóstico (Borges & Pacheco, 2018). Muitas vezes, os pais e professores associam os sintomas depressivos à fatores naturais do desenvolvimento da criança e do adolescente, e não concedem a devida atenção ao quadro patológico. Com isso, a importância de programas de intervenção perde a força, por não encontrar, nos próprios responsáveis, a seriedade e urgência que deveriam pressupor (Kitts & Goldman, 2012).

A saúde mental em crianças e adolescentes é um tema pouco difundido socialmente (Wissow et al., 2016). Apesar disso, diversos autores descreveram a importância da promoção de saúde nesta faixa etária, sob a justificativa de se evitar o desenvolvimento de transtornos e comorbidades na fase adulta (Ferreira, 2016; Morés & Silveira, 2013; Murta & Barletta, 2015; Silva-Arioli et al., 2013). Para muitos sujeitos, o manejo de sintomas ainda na infância pode ser uma forma de interromper um histórico de doenças psiquiátricas (Nardi et al., 2017).

Neste sentido, uma intervenção direcionada às crianças e adolescentes deveria ter como objetivo o próprio bem-estar mental e emocional dos sujeitos, e não apenas o tratamento de um transtorno pré-existente. Os programas de prevenção deveriam ser mais priorizados, por trazerem mais vantagens à saúde mental nesta faixa etária. A prevenção, em alguns casos, evitará a ocorrência de distúrbios, sendo possível

prevenir 22% de novos casos de depressão a cada ano (Cuijpers et al., 2008). Nos casos em que o transtorno não pode ser evitado, os programas de prevenção podem postergar o início de sintomas clinicamente significativos (Bienvenu & Ginsburg, 2007; Merry et al., 2012). Muitos jovens com transtornos mentais não conseguem buscar ajuda, devido ao aspecto incapacitante destes transtornos, ou não têm acesso aos serviços de tratamento de saúde mental (Gulliver et al., 2010; Gulliver et al., 2012). Adotar uma abordagem de prevenção significa que este problema pode ser evitado (Werner-Seidler et al., 2017).

A implementação de programas de prevenção em uma idade precoce, quando o comportamento é mais passível de mudança, tende a produzir melhor resultado do que o tratamento administrado quando padrões rígidos de cognição e comportamento já se encontram estabelecidos e enraizados (Craske & Zucker, 2001; Gladstone et al., 2011). Muitas vezes, a falha em responder ao tratamento é uma consequência de padrões de comportamento instituídos que são difíceis de reverter (Donovan & Spence, 2000).

Utilizar o sistema escolar como contexto para a implementação de programas preventivos fornece uma solução natural e acessível para se chegar aos jovens. As escolas são locais de aprendizagem e fornecem a oportunidade de promover aos jovens muitas das habilidades e estratégias que podem proteger ou retardar o início de dificuldades emocionais (tais como sintomas principais da depressão, solidão, desamparo, baixa autoestima, autoconceito distorcido, desesperança, baixo nível de autorregulação, entre outros). Bergnehr e Nelson (2015) afirmam que a escola permite à criança e ao adolescente uma formação cultural e um desenvolvimento interpessoal saudáveis. Por passarem uma longa e importante etapa de suas vidas na escola, este ambiente pode aumentar a acessibilidade aos programas de intervenção, bem como proporcionar ferramentas e estratégias de proteção à vida, diminuindo de maneira significativa o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Quando há a possibilidade de se fazerem intervenções

preventivas para populações jovens no ambiente escolar, há uma maior chance desse público receber tratamento para a depressão (Borges & Pacheco, 2018).

Desta feita, o objetivo deste estudo é fazer uma revisão de escopo a respeito das intervenções realizadas no ambiente escolar com crianças e adolescentes de modo preventivo ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Ademais, foram investigados quais são os programas interventivos existentes, critérios de aplicação como número de sessões e acompanhamento na pós-intervenção e os principais resultados obtidos.

## Método

Neste estudo adota-se uma revisão de escopo (*scoping review*), com o intuito de estabelecer uma compreensão abrangente sobre o tema, ou seja, um mapa das evidências disponíveis em relação às práticas interventivas em depressão para crianças e adolescentes em ambiente escolar. Para tanto, emprega-se um conjunto de orientações para relatos de revisão de escopo (i.e., *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* – PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018).

### Fonte de Informação e Estratégia de Pesquisa

Para a realização deste estudo foi considerado o recurso estratégico/mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto) para formulação da questão de pesquisa desta revisão do escopo (Aromataris & Munn, 2020). Assim, a questão norteadora foi: Quais intervenções com objetivo primário em prevenir depressão são realizadas com crianças e adolescentes no contexto escolar?

Para conseguir responder a essa pergunta de pesquisa, adotou-se como estratégia de busca o uso de palavras-chave (descritores não indexados), com finalidade de obter uma visão geral das evidências disponíveis, nas seguintes bases de dados: PsycINFO, PubMed, BVS, ERIC, Redalyc, *Web of Science* e Biblioteca Digital Brasi-

leira de Teses e Dissertações (BDTD). Para combinação das palavras-chave foram utilizados os termos: (((((depression) AND (students)) AND (child)) AND (adolescent)) AND (intervention)) AND (prevention).

### *Critérios de Elegibilidade*

A coleta e organização de dados foi realizada em março de 2021, tendo como critério de inclusão dos estudos: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; período de busca de 2010 a 2020; população-alvo: crianças e/ou adolescentes; estudos que apresentem métodos/práticas interventivas com crianças e/ou adolescentes, no contexto escolar; publicações que descrevem programas de intervenção; tipos de estudos: ensaio clínico randomizado ou controlados (e.g., comparação entre grupo controle e grupo experimental); relato de caso (intervenções realizadas em grupo de crianças e/ou adolescente com depressão e/ou sintomas depressivos). Critérios de exclusão: metanálises e revisões (revisão de literatura, revisão sistemática, revisão integrativa, *scoping review*,

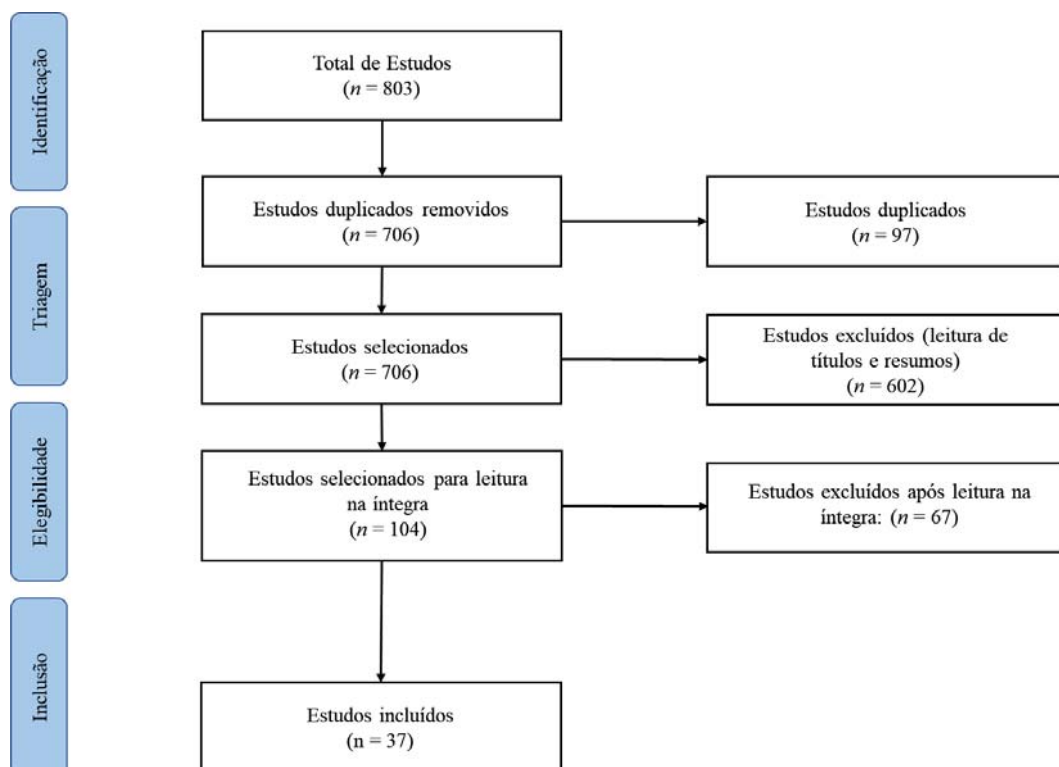
revisão sistemática com metanálise); estudos teóricos; capítulo de livro; editorial de revista.

### *Seleção dos Estudos*

O processo de seleção dos estudos teve como referência o modelo proposto pelo Instituto Joanna Briggs - JBI (Tricco et al., 2018). Após a busca nas bases de dados, os resultados foram exportados para o aplicativo *Rayyan* (Ouzzani et al., 2016), a fim de remover as duplicatas e sistematizar a seleção dos artigos.

Os artigos selecionados passaram por dois processos de triagem. Na primeira fase, os pesquisadores leram título e resumo, com intuito de remover as duplicatas e artigos que não atendiam os critérios para inclusão. Na fase seguinte, os pesquisadores leram os artigos na íntegra buscando identificar se o artigo atendia aos critérios de inclusão. Nesta etapa de seleção e categorização dos estudos participaram dois avaliadores independentes (duplo-cego), além de um terceiro pesquisador como critério de desempate. A Figura 1 apresenta fluxograma com as etapas para a seleção dos estudos.

**Figura 1**  
**Fluxograma de Seleção de Estudos Baseado no Protocolo PRISMA para Scoping Review (Tricco et al., 2018)**





### *Extração dos Dados e Tabulação*

Após o processo de seleção dos estudos, os dados relevantes para esta pesquisa foram extraídos dos artigos. Para tanto, considerou-se: autoria, país, delineamento do estudo, idade dos participantes, tamanho da amostra, porcentagem de participantes do sexo feminino, nome do programa de intervenção, instrumentos para a verificação de sintomatologia depressiva, outros instrumentos psicológicos empregados na intervenção, número de sessões interventivas, duração de *follow-up*, além da averiguação quanto ao desfecho destas intervenções em relação à prevenção ou à diminuição da sintomatologia depressiva nos grupos.

### **Resultados**

Para a apresentação dos resultados, os estudos foram divididos em duas categorias distintas sendo a primeira para os estudos interventivos com crianças de 8 a 12 anos e a segunda para intervenções com adolescentes de 13 a 18 anos. Há alguns estudos em que o público atende às duas categorias e para alocá-los em uma delas, foi considerada a média da amostra total.

### *Busca de Literatura*

Foram encontrados nas bases de dados 803 artigos (*PsycINFO*: 21; *PubMed*: 294; *BVS*: 73; *ERIC*: 42; *Redalyc*: 179; *Web of Science*: 189; *BDTD*: 5), dos quais 97 estavam duplicados, resultando em 706 estudos para avaliação da primeira etapa de identificação, com a leitura dos títulos e resumos, baseando-se nos critérios de inclusão propostos. Desta forma, foram excluídos 602 estudos que não atendiam aos critérios.

Assim, 104 artigos foram selecionados e recuperados para leitura na íntegra. A partir desta leitura, 67 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, tais como: Intervenção somente com os pais, ou o foco da intervenção não ser diretamente a depressão, como, por exemplo, intervenções para trabalhar

a delinquência juvenil, o *bullying*, violência no ambiente escolar, adição à internet, abuso de substâncias psicoativas, abuso sexual, violência doméstica, isolamento social, e, por fim, outras intervenções com o objetivo de trabalhar questões voltadas à AIDS, TDAH, síndrome de Asperger, autolesão não suicida e suicídio.

Ao final das leituras dos textos na íntegra foram selecionados 36 artigos e uma dissertação, totalizando 37 estudos, sendo 12 atendendo à categoria de intervenções com crianças de 8 a 12 anos e 26 à categoria de intervenções para adolescentes de 13 a 18 anos. Um estudo (Gillham et al., 2012) foi inserido nas duas análises em virtude de os autores terem apresentado somente a faixa etária da amostra (10 a 15 anos) sem média e desvio padrão da idade dos participantes, desta forma dificultando a classificação. Os dados referentes às intervenções com as crianças constam da Tabela 1 e com os adolescentes da Tabela 2.

### *Intervenções com Grupos de Crianças de 8 a 12 Anos*

Nesta revisão foram identificados 12 estudos que realizaram intervenções para depressão em ambiente escolar com crianças de 8 a 12 anos, no período de 2010 a 2020, com um total de 4.223 participantes. A maior parte destes estudos se concentraram nos Estados Unidos ( $n=5$ ) e na Austrália ( $n=3$ ). O delineamento dos estudos foi prioritariamente estudos clínicos randomizados ( $n=9$ ) ou quasi-experimental ( $n=3$ ). Em relação a distribuição da amostra por sexo, nove estudos apresentaram valores entre 40% e 60% de participantes do sexo feminino, indicando algum equilíbrio amostral em torno da média de 50%.

Dentre os programas interventivos, os mais utilizados foram: o *Positive Thoughts and Actions* (PTA), o *Individual Support Program* (ISP), o *FRIENDS for Life* (e sua versão em espanhol) e o *Aussie Optimism Program* (AOP e sua variação AOP-PTS). Todos estes programas são intervenções baseadas em Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC). A exceção do ISP, os demais são aplicados em grupo. Além disso,

**Tabela 1**  
**Intervenções Realizadas com Grupos de Crianças (8 a 12 anos)**

Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Manassis et al. (2010)	Canadá	ECR	148	alunos do 3º ao 6º ano (N/A)	43,2	<i>Feelings Club</i>	CDI	CBCL; MASC; TRF	N/A	12 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> de 12 meses
Roberts et al. (2010)	Austrália	ECR	496	AT: 11 a 13; (M=11,99 DP=0,33)	54,4	AOP	CDI	RCMAS; CASQ -R; MESSY	20	6 e 18 meses	Não, na pós-intervenção e <i>follow up</i>
McCarty et al. (2011)	EUA	ECR	67	GE: (M=12,97; DP=0,36); GC: (M=13,0; DP=0,40)	GE: 55,6; GC: 45,2	PTA	MFQ; CDRS	RSQ; Personal Control Scale; CATS; PCC	12 na escola + 2 com pais e alunos juntos + 2 workshops para pais	6 e 18 meses	Não, na pós-intervenção e <i>follow up</i>
Gillham et al. (2012) *	EUA	ECR	408	AT: 10 a 15; (N/A)	47,6	PRP; PRP-A; PRP-AP	NIMH DISC-IV; RADS-2	RCMAS	10 a 12	6 meses	Sim, na pós-intervenção
Gallegos et al. (2013)	México	Quasi-experimental	1.030; GE: 534; GC: 496	AT: (M= 9,89; DP=0,80)	N/A	AMISTAD <i>para siempre</i>	CDI	SCAS; <i>Cuestionario de Afrontamiento; Protocolo integraty measures</i>	10 (75 min. cada) + 2 de reforço após um mês e três meses	6 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> após 6 meses.

Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Listug-Lun-de et al. (2013)	EUA	ECR	131	AT: 11 a 14; (M=12,38; DP=0,92)	37,5	CWD-A; TAU	CDI	MASC	13 (35 a 40 min. cada)	3 meses	Sim, na pós-intervenção e <i>follow-up</i> de 3 meses.
McCarty et al. (2013)	EUA	ECR	120	AT: 11 a 15; ISP: (M=12,7; DP=0,77); PTA: (M=12,8; DP=0,69)	ISP: 56,5; PTA: 65,5	ISP; PTA	MFQ	BASC-2; TS-R-A; PRS-A; SRP-A	12 sessões	5 a 7 meses	Sim, na pós-intervenção (5-7 meses) para o grupo PTA
Rooney et al. (2013)	Austrália	ECR	910	AT: (M=8,75; DP=1,46)	48,6	AOP-PTS	CDI	SCAS; CASQ; DICA-IV; NHMRCRA; SDQ-P	10 (30 a 40 min. cada)	6 e 18 meses	Sim, na pós-intervenção até 6 meses de <i>follow up</i>
Rose et al. (2014)	Austrália	ECR	210	9 a 14; (M=12,22; DP=0,77)	44	RAP; PIR	RADS-2; CDI	PSSM; CAIR; MSLSS; DIS-CAP	<b>RAP:</b> 11 (40 a 50 min. cada); <b>PIR:</b> 9 (40 a 50 min. cada)	12 meses	Sim, na pós-intervenção
Kösters et al. (2015)	Holanda	Quasi-experimental	496	8 a 13; (M=10,8; DP=0,8)	52	<i>FRIENDS for Life</i>	RCADS	PBSI	11 (90 min. cada)	6 e 12 meses	Sim, na pós-intervenção
Duong et al. (2016)	EUA	ECR	120	12 a 14; ISP: (M=12,7; DP=0,77); PTA: (M=12,8; DP=0,69)	ISP: 56,5; PTA: 65,5	ISP; PTA	SMFQ; PHQ-9;	BASC-2; HEBI; WASH-U-KSADS	<b>PTA:</b> 12 (50 min. cada); <b>ISP:</b> uma entrevista de apoio de 45 a 90 min.	6 e 12 meses	Sim, na pós-intervenção e não no <i>follow up</i>



Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Ferreira (2016)	Brasil	Quasi-experimental, com adição de delineamento cruzado e correlacional preditivo	87	(M=8,2; DP=0,4)	42,4	PRHAVIDA	CDI	SCAS; ESI; IMHSC	11 sessões (50 min. cada)	N/A	Sim, na pós-intervenção. Não há relato de <i>follow up</i> neste estudo

Nota. **ECR:** Estudo Clínico Randomizado; **Delim.:** Delineamento; **N:** Tamanho amostral; **AT:** Amostra total; **M:** Média; **DP:** Desvio Padrão; **GE:** Grupo Experimental; **CG:** Grupo Controle; **CDI:** Children's Depression Inventory; **PRP:** Penn Resiliency Program; **PRP-A:** Program for adolescents; **PRP-AP:** Penn Resiliency Program for adolescents and parents; **NIMH DISC-IV:** Diagnostic Interview Schedule for Children version IV; **RADS-2:** Reynolds Adolescent Depression Scale, second edition; **SMFQ:** The Short Mood and Feelings Questionnaire; **ISP:** Individual Support Program; **PTA:** Positive Thoughts and Actions; **AMISTAD:** FRIENDS for Life program; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire; **BASC-2:** Behavior Assessment Scale for Children-Second Edition; **TRS-A:** Teacher Rating Scale; **PRS-A:** Parent Rating Scale; **SRP-A:** Student Self-Report of Personality; **MFQ:** Mood and Feelings Questionnaire; **CDRS:** Children's Depression Rating Scale; **AOP:** Aussie Optimism Program; **CWD-A:** Adolescent Coping with Depression; **TAU:** individualized treatment-as-usual; **AOP-PTS:** The Aussie Optimism: Positive Thinking Skills Program; **RAP:** The Resourceful Adolescent Program; **PIR:** Peer Interpersonal Relatedness Program; **PRHAVIDA:** Programa de Promoção de Habilidade para a Vida; **DICA - IV:** Diagnostic Interview for Children and Adolescents, IV; **RCADS:** Revised Child Anxiety and Depression Scale; **CBCL:** Child Behavior Checklist; **MASC:** Multidimensional Anxiety Scale for Children; **TRF:** Teacher's Report Form; **RSQ:** Responses to Stress Questionnaire; **CATS:** Children's Automatic Thoughts Scale; **PCC:** Parent-Child Communication Scale; **RCMAS:** Revised Children's Manifest Anxiety Scale; **CASQ-R:** The Children's Attributional Style Questionnaire – Revised; **MESSY:** Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters; **SCAS:** Spence Children's Anxiety Scale; **CASQ:** Children's Attributional Style Questionnaire; **NHMRCRA:** National Health and Medical Research Council Risk Assessment; **SDQ-P:** The Strengths and Difficulties Questionnaire-Parents; **PSSM:** Psychological Sense of School Membership; **CAIR:** Clinical Assessment of Interpersonal Relations; **MSLSS:** Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale; **DISCAP:** Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents, and Parents; **HEBI:** Health-Enhancing Behavior Index; **WASH-U-KSADS:** The Washington University at St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; **PBSI:** Problem Behavior at School Interview; **ESI:** Escala de Stress Infantil; **IMHSC:** Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças; **N/A:** Não Apresenta.

\* Estudo apresentado em ambas as análises.

**Tabela 2**  
**Intervenções Realizadas com Grupos de Adolescentes (13 a 18 anos)**

Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/ DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Dobson et al. (2010)	Canadá	ECR	46; <b>GE:</b> 25; <b>GC:</b> 21	(M=15,08; DP=1,12)	68	ACWDC	CES-D; CDI	BAI; CBCL -YSR; MASQ; RSES	12 (45 min. cada)	3 e 6 me- ses	Sim, na pós- intervenção e no <i>follow up</i> de 3 a 6 meses
Rivet-Duval et al. (2011)	Austrália	ECR	160	<b>AT:</b> 12 a 16; (N/A)	50	RAP-A	RADS-2; BHS; HSC	YCI; RSES	11 (60 min. cada)	6 meses	Sim na pós- intervenção e não no <i>follow up</i>
Sawyer et al. (2010)	Austrália	ECR	5.634	(M=13,1; DP=0,5)	N/A	<i>Beyondblue</i>	CES-D	N/A	10 (40 a 45 min. cada)	3 anos	Não
Stice et al. (2010)	EUA	ECR	341	<b>AT:</b> 14 a 19; (M=15,6; DP=1,2)	56	ICC	CES-D; K-SADS; BDI	SAS-SRY	6 (60 min. cada)	12 meses e 24 meses	Sim, para ambos os grupos na pós- intervenção e no <i>follow up</i>
J. F. Young et al. (2010)	EUA	ECR	57	13 a 17; (M=14,51; DP=0,76)	59,7	IPT-AST	CES-D; K-SADS-PL; CDRS-R	CGAS	10	6, 12 e 18 meses	Sim, na pós- intervenção e não no <i>follow up</i>
Arnarson e Craighead (2011)	EUA	ECR	149	<b>AT:</b> 14 a 15 anos; (N/A)	48,9	N/A	CDI; K-SAD- S-PL	CAS; CASQ	14	12 meses	Sim, na pós- intervenção em 6 e 12 meses

Estudo	Pais	Delim.	N	Idade (M/ DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Pössel et al. (2011)	Alemanha	ECR	301	<b>GE:</b> (M=13,73; DP=0,63); <b>GC:</b> (M=13,63; DP=0,58)	46,5	LARS&LISA	SBB-DES	SDQ	10	6 e 12 meses	Sim. Diferenças entre sexos (meninos com mudança linear e meninas com mudança mais notória). O <i>follow-up</i> de 6 meses e 12 demonstrou manutenção dos benefícios da intervenção no grupo de intervenção das meninas. No grupo controle feminino apresentou piora significativa dos sintomas depressivos durante o <i>follow-up</i>
Woods e Jose (2011)	Nova Zelândia	ECR	56	<b>AT:</b> M=14 (N/A)	N/A	Kiwi ACE	CDI	N/A	8 (90 min. cada)	12 meses	Sim, para o pós-in- tervenção e para o <i>follow up</i>
Gillham et al. (2012) *	EUA	ECR	408	<b>AT:</b> 10 a 15; (N/A)	47,6	PRP; PRP-A; PRP-AP	NIMH DISC -IV; RADS-2	RCMAS	10 a 12	6 meses	Sim. Houve redução de desesperança, sintomas depressivos e ansiedade no GE, principalmente para alunos com maiores níveis de desesperança em linha de base.

Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/ DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Pössel et al. (2013)	EUA	ECR	518	AT: (M=15,09; DP=0,76)	62,7	LARS&LISA	CDI	N/A	10 (90 min. cada)	4, 8 e 12 meses	Sim durante <i>follow up</i> de 4 e 8 meses
Raes et al. (2014)	Bélgica	ECR	408	14 a 17; GE: (M=16,8; DP=4,9); GC: (M = 17,3; DP = 4,8)	61,2	<i>Mindfulness</i>	DASS-21	N/A	8 (100 min. cada)	6 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 6 meses
Kindt et al. (2014)	Holanda	ECR	1342	AT: 11 a 16; (M= 13,43; DP = 0,77)	N/A	OVK	CDI		16 (50 min. cada)	6 e 12 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 6 meses
Singhal et al. (2014)	Índia	ECR	300	AT: 13 a 18; (N/A)	82	<i>Coping Skills Program</i>	CES-DC; CDI	SAAS; A-COPE; SPSI-R	9	3 meses	Não
Wijnhoven et al. (2014)	Holanda	ECR	102	AT: (M=13,30; DP=0,64)	100	OVK	CDI; CES-D	N/A	8	6 meses	Sim. Houve decréscimo na sintomatologia depressiva significativo no <i>follow up</i> de 3 meses
Aki e Tomotake (2015)	Japão	ECR	176	AT: 12 a 14; (N/A)	58,5	SCBEP	DSRS-C	Kiddo-KINDL	3 (50 min. cada)	6 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 6 meses
Benas et al. (2016)	EUA	ECR	186	AT: (M=14,01; DP=1,22)	66,7	IPT-AST	CES-D; K-SADS-PL	ASEBA (CB-CL-YSR; TRF)	2 pré grupo + 8 em grupo + 1 individual	6 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 4 meses

Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/ DP)	Sexo (Fem. %)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
La Greca et al. (2016)	EUA	N/A	14	AI: 13 a 18; (M=15,64; DP=1,28)	79	UTalk	CES-D	SAS-A; RPEQ	3 individuais e 10 sessões em grupo	10 semanas	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 6 meses
Michael et al. (2016)	EUA	ECR	20	AI: 12 a 16; (M=13,93; DP=1,19)	50	SEED	BDI-II	BASC-2; YOQ-30	9 (45 min. cada)	N/A	Sim, na pós-interven- ção, mas não no <i>follow up</i> até 6 meses
Poppelaars et al. (2016)	Países Baixos	ECR	208	AI: 11 a 16; (M=13,35; DP=0,71)	100	OVK; SPARX	RADS-2; CDI	N/A	8 (20 a 40 min. cada)	3, 6 e 12 meses	Sim, na pós-intervenção
Tomyn et al. (2016)	Austrália	Quasi-ex- perimental	252; 164; 88	AI: (M=13,62; DP=0,60)	40	N/A	SMFQ	MSPSS; Inventá- rio de Imagem e Mudança Corpo- ral; RSES	6	3 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 3 meses
J. F. Young et al. (2016)	EUA	ECR	186	AI: (M=14,01; DP=1,22)	66,7	IPT-AST	CES-D; K-SADS-PL	CGAS	<b>GE:</b> 2 pré grupo (30 a 50 min. cada) + 8 em grupo (45 a 90 min. cada) + 1 com os pais (30-50 min); <b>GC:</b> 1 pré grupo (15 a 45 min.) + 8 em grupo (45 a 90 min. cada) + 1 mid-group (15 a 45 min.) + 4 de reforço (15 a 45 min. cada)	6 meses	Sim. Todos os grupos apresentaram pequena diminuição na sintomatologia em até 12 meses de <i>follow up</i> , incluindo o grupo controle.



Estudo	País	Delim.	N	Idade (M/ DP)	Sexo (Fem.%)	Programa	Instrumento de Depressão	Outros instrumentos	Número de sessões	Follow Up	Desfecho favorável para depressão
Whittaker et al. (2017)	Nova Zelândia	ECR	855; <b>GE:</b> 426; <b>GC:</b> 429	13 a 17; <b>GE:</b> (M=14,30; DP=0,90); <b>GC:</b> (M=14,30; DP=0,90)	68	MEMO-CBT	RADS-2; CDRS-R; SMFQ; K-SADS	PQ-LES-Q; YRBS	2 mensagens por dia, fora do horário escolar, por 9 semanas	12 meses	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> até 3 meses
Beaudry et al. (2019)	EUA	ECR	1427	N/A	63,7	ADAP	ADKQ	REDCap Survey	N/A	4 meses	Não
Blossom et al. (2020)	EUA	ECR	497	N/A	N/A	HSTP	SMFQ	SYSR; HSQ	12 (6 semanas) + 4 de reforço	12 e 18 meses.	Sim, na pós-intervenção e no <i>follow up</i> de 12 a 18 meses
García-Escala et al. (2020)	Espanha	ECR	151	<b>AT:</b> (M=15,05; DP=1,14)	55,6	UP-A	RCADS-30; CDN	EAN	9 (55 min. cada)	3 meses	Não
Ofoegbu et al. (2020)	Nigéria	ECR	60	<b>GE:</b> (M=15,33; DP=1,86); <b>GC:</b> (M=15,20; DP=1,73)	<b>GE:</b> 53,3; <b>GC:</b> 26,7	Rational Digital Storytelling	BDI-II	CASI	<b>GE:</b> 12 (2x/semana) + 4 após 6 meses; <b>GC:</b> narrativa oral no mesmo período	6 meses	Sim, na pós-intervenção, mas não no <i>follow up</i> até 6 meses

Nota. **ECR:** Estudo Clínico Randomizado; **Delim.:** Delineamento; **N:** Tamanho amostral; **AT:** Amostra total; **M:** Média; **DP:** Desvio Padrão; **GE:** Grupo Experimental; **GC:** Grupo Controle; **RAP-A:** The Resourceful Adolescent Program-Adolescents; **IPT-AST:** Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training; **ICC:** Intervenção Cognitivo-Comportamental; **ADAP:** Adolescent Depression Awareness Program; **OVK:** Op Volle Kracht; **SCBEP:** Short-term Cognitive Behavioral Educational Program; **ACWDC:** Adolescent Coping with Depression Course; **SEED:** Student Emotional and Educational Development; **SPARX:** Programa computadorizado de Terapia Cognitiva Comportamental; **MEMO-CBT:** Universal Cognitive Behavioural Therapy-Based Programme; **HSTP:** High School Transition Program; **UP-A:** The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents; **PRP:** Penn Resiliency Program; **PRP-A:** Program for adolescents; **PRP-AP:** Penn Resiliency Program for adolescents and parents; **BDI-II:** Beck Depression Inventory-II; **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies-Depression scale ; **CES-DC:** Center for Epidemiologic Studies-

Depression Scale for Children; **CDI**: Children's Depression Inventory; **BHS**: The Beck Hopelessness Scale; **HSC**: The Beck Hopelessness Scale for Children; **K-SADS**: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; **K-SADS-PL**: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version; **CDRS-R**: Children's Depression Rating Scale-Revised; **SBB-DES**: The Self-Report Questionnaire - Depression; **HLBS**: Healthy Lifestyles Behavior Scale; **DASS-21**: Depression Anxiety Stress Scales; **DSRS-C**: Depression Self-Rating Scale for Children; **SMFQ**: Mood and Feelings Questionnaire; **ADKQ**: Adolescent Depression Knowledge Questionnaire; **RCADS**: Revised Child Anxiety and Depression Scale; **CDN**: Cuestionario de Depresión para Niños ; **NIMH DISC-IV**: Diagnostic Interview Schedule for Children version IV; **RADS-2**: Reynolds Adolescent Depression Scale, second edition; **SMFQ**: Depressive Symptoms. The Short Mood and Feelings Questionnaire; **BASC-2**: Behavior Assessment Scale for Children-Second Edition; **YCI**: Youth Coping Index; **RSES**: Rosenberg Self-Esteem Scale; **SAS-SRY**: Social Adjustment Scale—Self Report for Youth ; **CGAS**: Children's Global Assessment Scale; **CAS**: Child Assessment Scale; **CASQ**: Children's Attributional Style Questionnaire; **SDQ**: Strengths and Difficulties Questionnaire; **RCMAS**: Revised Children's Manifest Anxiety Scale; **SAAS**: Scale for Assessing Academic Stress; **A-COPE**: Adolescent Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; **SPSI-R**: Social Problem Solving Inventory-Revised-Short Form; **Kiddo-KINDL**: Revised Children Quality of Life Questionnaire; **CBCL-YSR**: Child Behavior Checklist—Youth Self-Report; **CBCL**: Child Behavior Checklist; **MASC**: Multidimensional Anxiety Scale for Children; **ASEBA**: The Achenbach System of Empirically Based Assessment; **BAI**: Beck Anxiety Inventory; **TRF**: Teacher's Report Form; **SAS-A**: Social Anxiety Scale for Adolescents; **RPEQ**: Revised Peer Experiences Questionnaire; **BASC-2**: Behavior Assessment Scale for Children-Second Edition; **YOO-30**: Youth Outcomes Questionnaire-30; **MSPSS**: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; **PQ-LES-Q**: Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; **YRBS**: Youth Risk Behaviour Survey; **SYSR**: Screen for Youth Suicide Risk; **HSQ**: High School Questionnaire; **EAN**: Escala de Ansiedad para Niños; **CASI**: Child and Adolescent Scale of Irrationality; **N/A**: Não Apresenta.

\* Estudo apresentado em ambas as análises.

os quatro programas mais identificados neste levantamento consideram a participação dos pais ao longo do processo interventivo e, no caso do AOP, há uma parte executada com os professores. O AOP e o *Friends for Life* são programas universais preventivos para depressão e ansiedade, sendo aplicados por professores e buscam melhorar a resiliência das crianças. O PTA e o ISP são programas exclusivamente voltados à depressão infantil.

As intervenções aferiram tanto a sintomatologia depressiva nos participantes quanto outros atributos psicológicos, a depender do tipo de programa interventivo utilizado. Assim, oito instrumentos para aferir a sintomatologia depressiva foram usados, sendo o *Children's Depression Inventory* (CDI) o mais empregado ( $n=7$ ). Outros instrumentos ( $n=24$ ) foram utilizados nas intervenções. Basicamente, estes instrumentos são destinados para aferir ansiedade, estresse, comportamento infantil, identificação de pensamentos automáticos, comunicação entre pais e filhos, habilidades sociais, satisfação com a vida, além de instrumentos específicos para os pais e para os professores. Dentre estes, os mais utilizados foram o *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) e o *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) em três estudos, e o *Children's Attributional Style Questionnaire* (CASQ e CASQ-R), o *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) e o *Behavior Assessment Scale for Children-Second Edition* (BASC-2) em dois estudos cada.

As intervenções tiveram duração variada. A quantidade de sessões ou encontros variou entre um único encontro com uma entrevista (Duong et al., 2016) até 20 sessões (Roberts et al., 2010) e a duração dos encontros variou de 30 minutos (Rooney et al., 2013) até 90 minutos (Kösters et al., 2015) cada encontro. Alguns estudos não mencionaram a duração das sessões (Gillham et al., 2012; Manassis et al., 2010; McCarty et al., 2013; McCarty et al., 2011; Roberts et al., 2010). O estudo de McCarty et al. (2011) teve encontros com os pais juntos com os filhos e *workshops* para pais. Os estudos de Duong et al. (2016) e Rose et al. (2014), que compararam

programas de intervenção, tiveram quantidades de encontros diferenciadas entre os programas. O tempo previsto para acompanhamento dos grupos controle e experimental (*follow-up*) variou nos estudos entre 3, 5, 6, 7, 12 e 18 meses, sendo o período de *follow-up* predominante nos estudos 6 meses ( $n=7$ ). O estudo de Ferreira (2016) não mencionou o período para *follow-up*.

Em termos de desfecho positivo para a depressão obteve-se que dos 12 trabalhos com intervenções para crianças, apenas dois (McCarty et al., 2011; Roberts et al., 2010) não apresentaram desfecho positivo para a diminuição da sintomatologia depressiva em nenhum momento do estudo. Em cinco estudos os resultados favoráveis foram percebidos logo após a realização da intervenção, mas não foram constatados efeitos ao longo do acompanhamento (*follow up*). Em outros cinco estudos foram percebidos efeitos ao longo do período de *follow up*, sendo referidos efeitos em 3 meses após a intervenção em um estudo, de seis meses em três estudos e de 12 meses em um estudo. À continuidade serão apresentados os resultados com grupos de adolescentes.

### *Intervenções com Grupos de Adolescentes de 13 a 18 Anos*

As intervenções para o público adolescente, foram encontradas em 26 estudos com um total de 13.854 participantes. Os países os quais apresentaram mais estudos foram os Estados Unidos ( $n = 11$ ) e Austrália ( $n = 3$ ). Assim como nos trabalhos com crianças, o delineamento dos estudos com os adolescentes foram prioritariamente estudos clínicos randomizados ( $n = 24$ ) ou quasi-experimental ( $n = 1$ ). O estudo de La Greca et al. (2016) não mencionou o tipo de delineamento.

Dentre os programas interventivos utilizados com adolescentes ( $n = 20$ ) os mais usados foram o *Op Volle Kracht* (OVK;  $n = 3$ ), que é a versão holandesa do *Penn Resiliency Program* (PRP), o *Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training* (IPT-AST;  $n = 3$ ) e o LARS & LISA ( $n = 2$ ). Os três programas baseiam-se em TCC, sendo todos criados para trabalhar

na prevenção da depressão especificamente no ambiente escolar. O Lars & Lisa considera a Teoria do Processamento da Informação além da Cognitivo-Comportamental. O OVK e o Lars & Lisa são programas universais, aplicados por um instrutor ou professor devidamente treinado e o IPT-AST é aplicado por profissionais da Psicologia com experiência na área clínica. O IPT-AST conta com sessões individuais, além das sessões grupais, e tem módulo para a orientação dos pais.

Para aferir a sintomatologia depressiva, 18 instrumentos distintos foram utilizados. Assim como ocorrera com as intervenções infantis, com os adolescentes o instrumento mais empregado foi o CDI ( $n = 8$ ), porém, o *Center for Epidemiologic Studies–Depression scale* (CES-D) apresentou a mesma frequência nas intervenções. Ao total, 29 instrumentos distintos dos utilizados para rastreamento de sintomatologia depressiva foram empregados nas intervenções com adolescentes. Os mais utilizados foram: o *Child Behavior Checklist–Youth Self-Report* (CBCL-YSR), um instrumento de autorrelato que busca aferir de modo abrangente o sofrimento em crianças e jovens, tendo subescalas voltadas para atividades, competências, sintomas somáticos, problemas sociais, comportamento delinquente ou agressivo, entre outros, o *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), que mensura autoestima e o *Children’s Global Assessment Scale* (CGAS) que busca avaliar clinicamente o funcionamento global dos jovens (no ambiente doméstico, no escolar e com seus pares). Seis estudos não mencionam o uso de outros instrumentos nas intervenções.

A duração das intervenções também foi variada, assim como ocorrera com as intervenções infantis. A quantidade de sessões ou encontros variou de três (Aki & Tomotake, 2015) até 16 (Kindt et al., 2014) e a duração dos encontros também foi diversificada, alternando de 20 minutos (Poppelaars et al., 2016) até 100 minutos (Raes et al., 2014) cada encontro. O estudo de J. F. Young et al. (2016) teve, além de uma distribuição diferenciada das sessões entre o grupo experimental e o grupo controle, encontro

com os pais no grupo experimental. O tempo previsto para acompanhamento dos grupos controle e experimental (*follow-up*) variou nos estudos entre 3, 4, 6, 8, 12, 18 e 24 meses, sendo o período de *follow-up* predominante nos estudos 6 meses ( $n = 10$ ).

Os desfechos positivos na diminuição de sintomatologia depressiva em adolescentes não foram demonstrados em quatro (Beaudry et al., 2019; García-Escalera et al., 2020; Sawyer et al., 2010; Singhal et al., 2014) das 26 intervenções relatadas nesta revisão. Majoritariamente, os estudos apontaram efeitos benéficos para a depressão logo após a intervenção e em até seis meses após (17 estudos). Em quatro estudos os efeitos foram relatados em até 12 meses após a intervenção e em um estudo até 18 meses.

## Discussão

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de escopo em relação aos programas interventivos escolares existentes destinados a prevenir depressão em crianças e adolescentes. Os estudos foram separados em duas categorias para a viabilização da análise. Em linhas gerais, os resultados demonstram desfechos positivos em programas de intervenção aplicados em ambiente escolar na pós-intervenção e em um período aproximado de seis meses após o término do programa interventivo para a prevenção de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes.

Embora haja estudos de revisões sistemáticas e metanálises escritas sobre o tema nos últimos 5 anos (Feiss et al., 2019; Werner-Seidler et al., 2017; Werner-Seidler et al., 2021), esta revisão buscou, além de realizar levantamento sobre a efetividade dos programas interventivos e preventivos, priorizar os estudos de programas com desfechos que atestem ou não a melhoria da sintomatologia depressiva para o público-alvo. Assim, o diferencial deste levantamento atual foi abordar somente as intervenções para depressão infantojuvenil, ao contrário das revisões citadas que buscaram também averiguar outras psicopatologias como ansiedade e estresse.



Dentre as intervenções utilizadas com crianças e adolescentes prevaleceram os programas cujo conteúdo baseou-se na TCC como referencial teórico. Este achado corrobora outros estudos (Feiss et al., 2019; Werner-Seidler et al., 2017; Werner-Seidler et al., 2021). No entanto, diferentes referenciais começaram a ganhar espaço dentre as intervenções, como o estudo de Raes et al. (2014) que utiliza *mindfulness* (e.g., Phillips & Mychailyszyn, 2022; Zhang et al., 2021).

A importância de haver variedade para a implementação de novos referenciais é que, embora a TCC tenha conseguido acumular ao longo do tempo um número substancial de evidências de eficácia de seus métodos, nem sempre esta abordagem consegue gerar os resultados esperados. A exemplo disso, citam-se as intervenções AOP e PTA, ambas aplicadas em crianças. Neste levantamento, os trabalhos encontrados apontaram desfechos positivos para a redução da sintomatologia depressiva com o uso destas intervenções (Duong et al., 2016; McCarty et al., 2013; Rooney et al., 2013) e trabalhos que demonstraram o contrário (McCarty et al., 2011; Roberts et al., 2010). Assim, como hipótese, outros formatos interventivos devem ser desenvolvidos de modo a adequar-se às necessidades das crianças e adolescentes, visto que, possivelmente se identifiquem mais com outros tipos de intervenções menos focadas em exercícios e tarefas, os quais podem remetê-los às próprias condições de aula formal e, deste modo, diminuir a adesão ao processo interventivo.

Um outro ponto que merece destaque é a importância dos pais e professores como rede de apoio para o suporte aos jovens no enfrentamento da depressão. Os programas PTA, AOP e FRIENDS FOR LIFE, apontados nesta revisão como os mais utilizados na última década para as crianças e o IPT para os adolescentes considerou-se módulos específicos para os pais, seja com palestras para a orientação ou outras práticas, inclusive, no PTA, há visitas domiciliares aos pais durante o período de intervenção. No AOP, há módulos específicos para os professores, indicando a relevância de incluir-se outros

agentes sociais da vida cotidiana dos jovens para a melhoria dos estados de saúde mental.

Em relação ao formato das intervenções, houve grande variabilidade no número de sessões propostas nas intervenções, tempo de duração dos encontros, além da ausência de informações, o que inviabiliza a discussão desses dados. Uma metanálise composta por 43 estudos sobre diversas abordagens (i.e., Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC, Psicoterapia Interpessoal – TIP, resolução de problemas e/ou psicoeducação) promissoras para programas de prevenção da depressão em crianças e adolescentes mostrou que oito sessões ou mais favorecem resultados positivos na pós-intervenção (Hetrick et al., 2015).

Também foram observados que, no grupo de crianças e adolescentes, o tempo destinado ao acompanhamento teve predomínio de 6 a 12 meses. A literatura recente tem mostrado que, por questões logísticas, as escolas preferem concluir os programas e sua avaliação em um ano letivo (Rombouts et al., 2022). Além disso, três estudos (Blossom et al., 2020; Gallegos et al., 2013; J. F. Young et al., 2016) que incluíram sessão de reforço tiveram desfechos positivos na pós-intervenção e *follow up* de 6, 12 e 18 meses. Ssegonja et al. (2019) sugerem a importância de sessão de reforço na melhoria dos resultados, uma vez que as intervenções preventivas para a depressão em crianças e adolescentes têm se mostrado eficazes, no entanto, o efeito das intervenções parece diminuir com o tempo.

Desta forma, nesta revisão foi possível aferir que grande parte das intervenções implementadas em ambiente escolar obtiveram efeitos preventivos em curto e médio prazo para a prevenção de sintomatologia depressiva. Esses achados assemelham-se com revisões sistemáticas e metanálises recentes sobre o tema, os quais apontaram para os efeitos de curto prazo em seus levantamentos (Feiss et al., 2019; Werner-Seidler et al., 2017).

Embora seja possível observar um aumento nos estudos que examinam programas preventivos para crianças e adolescentes na última década, este campo tem sido prejudicado pela falta de



terminologia consistente, métodos de pesquisa e ensaios inadequados, levando à confusão sobre a eficiência e aplicabilidade dos programas (Werner-Seidler et al., 2017). Assim, sugere-se uma agenda de pesquisa que tenha como objetivo o mapeamento de programas escolares destinado às crianças e adolescentes com diagnóstico de depressão, considerando que a presente revisão foi destinada a reunir programas de prevenção, que incluíram majoritariamente sintomatologia depressiva. No estudo de Gillham et al. (2012), desfechos positivos foram encontrados em alunos com maiores níveis de desesperança em linha de base. Nessa mesma direção, Eisner et al. (2017) compreendem que resultados inexpressivos em efetuar reduções significativas na depressão pode ser atribuída a baixos níveis na linha de base.

Os programas preventivos mais empregados entre os anos de 2010 e 2020 buscaram intervenções de caráter universal. No caso da depressão, estudos apontaram que as intervenções universais tiveram resultados menos efetivos quando comparadas às intervenções direcionadas (Feiss et al., 2019; Werner-Seidler et al., 2017), ou seja, aquelas que são aplicadas por profissionais com experiência comprovada na área de Psicologia Clínica. Para adolescentes com algum sintoma depressivo ou fatores de risco, as intervenções direcionadas apresentaram maior tamanho de efeito quando comparadas ao tipo universal (Werner-Seidler et al., 2021). Embora intervenções de caráter universal apresentem vantagens, como a não estigmatização da criança e do adolescente participante do programa, a diminuição dos custos da intervenção e o grande alcance que a intervenção pode adquirir abarcando os mais vulneráveis (Kindt et al., 2014; Rooney et al., 2013), possivelmente seja necessário desenvolver intervenções que mesclam formatos universais e grupais em ambiente escolar, além de intervenções direcionadas paralelamente, também aplicadas no ambiente escolar, mas com a inserção de um profissional capacitado em Psicologia Clínica e Escolar.

A inclusão do profissional da Psicologia nas escolas brasileiras de modo obrigatório,

principalmente nas escolas públicas, deve ser considerada com afincamento, visto que no Brasil isso ainda é feito modestamente e geralmente por escolas para pessoas com alto poder aquisitivo. Como salientado por diversos autores, a promoção de saúde nesta faixa etária, pode evitar o desenvolvimento de transtornos e comorbidades na fase adulta (Ferreira, 2016; Morés & Silveira, 2013; Murta & Barletta, 2015; Nardi et al., 2017; Silva-Arioli et al., 2013).

Desta maneira, embora as intervenções para depressão tenham demonstrado efetividade de curto e médio prazo, a implementação destas ações nas escolas é fundamental pois, estas fases do desenvolvimento caracterizam-se como críticas, sendo necessária a oferta de estimulação e de prevenção a questões impeditivas para o desenvolvimento (Larsen & Luna, 2018). Há de se considerar que grande parte das crianças e adolescentes em condições vulneráveis como pobreza, violência, abuso e outras negligências, têm, muitas vezes, somente o ambiente escolar como espaço de proteção, sobretudo ao considerar a realidade brasileira em sua complexidade social (Dias & Guzzo, 2018). É possível que, para expandir os efeitos interventivos em ambiente escolar, seja interessante o planejamento e implantação de projetos voltados para a manutenção destas ações, já que neste local as crianças e adolescentes passam longas jornadas facilitando a promoção de condições de saúde mental.

Sobre os países em que ocorreram as intervenções, houve a referência majoritária dos Estados Unidos, onde foram relatadas 5 intervenções para crianças e 11 para adolescentes. Ressalta-se a baixa quantidade de trabalhos desenvolvidos no Brasil que buscam implementar intervenções em escolas para prevenir a depressão infanto-juvenil. Nesta revisão, encontrou-se apenas um trabalho (Ferreira, 2016), o que sugere a necessidade de se investir esforços para que isso se torne uma realidade, pois os jovens e a saúde pública brasileiros teriam vantagens no sentido de propiciar melhoria da saúde mental coletivamente e diminuição de gastos de curto, médio e longo prazo nos serviços de saúde pública, haja vista a prevalência de depressão e suicídio neste

público (Keyes et al., 2019; Kutcher et al., 2015; Ministério da Saúde, 2021; Pennant et al., 2015; Twenge et al., 2019).

Por fim, após a extração dos dados obtidos pelos estudos revisados, é importante considerar que as ações interventivas para a depressão focalizaram variáveis protetivas associadas, como otimismo, pensamentos positivos, resiliência, entre outras. É possível discutir que crianças e adolescentes podem estar aprendendo a lidar com o sofrimento ou angústias características desta etapa do desenvolvimento. A estimulação dessas habilidades, como estratégias de *coping* e autorregulação das emoções, podem fornecer padrões de expressão emocional que auxiliem os jovens a lidar com dificuldades e estressores (K. S. Young et al., 2019). Somado a isso, pode ser interessante incluir outras variáveis como, *locus* de controle, padrão de apego (ou vinculação), percepção do suporte familiar e social, pois, são variáveis que dizem respeito a como crianças e jovens gerenciam a própria vida e como estabelecem laços e relações protetivas (Baptista et al., 2020; Baptista et al., 2021; Cardoso & Baptista, 2014; Khumalo & Plattner, 2019).

### Considerações Finais

A especificidade deste trabalho, diz respeito a estudos que demonstraram o desfecho das intervenções aplicadas em crianças e adolescentes no ambiente escolar. Foi possível verificar a existência de diversos programas de intervenção, com duração, formatos e dinâmicas variados, mas que igualmente apresentaram resultados positivos no que se refere à diminuição da sintomatologia depressiva infantojuvenil, em curto e médio prazos. Em longo prazo, as intervenções implementadas em ambiente escolar obtiveram seus efeitos diminuídos, o que se traduz em um convite para se pensar em novas abordagens e propostas interventivas.

Conclui-se que a presença do profissional da Psicologia nos programas aplicados também se mostrou um diferencial para o sucesso da promoção de saúde mental, o que demonstrou a importância do acompanhamento deste

profissional não apenas nos programas interventivos. No Brasil, são poucas as escolas que dispõem de acompanhamento psicológico em sua rotina pedagógica, o que deve ser revisto pelas autoridades responsáveis e afins.

Como todo trabalho, este apresenta algumas limitações. Uma destas pode ser a própria limitação idiomática, a qual considerou apenas trabalhos em português, espanhol e inglês, o que tendeu a um viés de seleção dos estudos. Ainda nesse sentido, os descritores utilizados nesta pesquisa priorizaram o idioma inglês, o que pode ter influenciado a baixa quantidade de trabalhos recuperados originários do Brasil. E por fim, a escolha em se detalhar apenas os programas interventivos mais empregados na última década. Esta escolha foi empregada em virtude da limitação de páginas.

Portanto, sugere-se, para estudos futuros, a produção de metanálise a respeito dos resultados das intervenções aplicadas em crianças e adolescentes em ambiente escolar, além de novos estudos, principalmente conduzidos no Brasil, os quais busquem implementar tais intervenções e avalie a eficácia destes programas em jovens brasileiros. Ainda, sugere-se o desenvolvimento de novos caminhos interventivos, saindo da perspectiva cognitivo-comportamental, pois, a ampliação do campo pode proporcionar maiores alternativas para as escolas e, deste modo, a geração de qualidade de vida e saúde mental para os jovens.

### Contribuição dos autores

*Marcela Hipólito de Souza*: responsável pela conceitualização, investigação, desenho metodológico, organização e execução do projeto, levantamento da literatura, realização da leitura dos textos na íntegra e extração dos dados para planilhas/tabelas, análise dos dados, redação do rascunho original.

*Gustavo Kastien Tartaro*: responsável por parte da escrita do manuscrito, sobretudo informações contidas nas tabelas e discussão. Realização da leitura dos textos na íntegra e extração dos dados para planilhas/tabelas.

*Thalyta Padulla Gerodo*: responsável pela tradução do resumo, conceitualização, investigação, tabulação de dados, preparação e redação do rascunho original, edição da versão final.

*Leila Maria Ferreira Couto*: responsável pela administração do projeto, conceitualização, investigação, metodologia, análise formal dos dados, preparação e redação do rascunho original, edição da versão final, tabulação de dados e visualização (produção de figuras e tabelas).

*Makilim Nunes Baptista*: responsável pela administração do projeto, conceitualização, investigação, análise formal dos dados, revisão da versão final e supervisão.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

### Referências

Observação: referências com (\*) foram incluídas na revisão.

- \*Aki, A., & Tomotake, M. (2015). Changes of levels of depression and quality of life after short-term cognitive behavioral educational program for adolescent students in health class. *The Journal of Medical Investigation JMI*, 62(3-4), 204–208. <https://doi.org/10.2152/jmi.62.204>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5ª ed. rev.). Artmed.
- \*Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.008>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *Manual for Evidence Synthesis. JBI*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Baptista, M. N., de Oliveira, K. L., Inácio, A. L. M., das Neves Burgos, M., & Peixoto, E. M. (2020). Versão Infantojuvenil do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF-IJ). *Avaliação Psicológica*, 19(4), 441-450. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1904.18533.10>
- Baptista, M. N., Tartaro, G. K., & Peixoto, E. M. (2021). Teoria do apego: Conceituação, pesquisas e avaliação na infância e adolescência. In M. Mansur-Alves, M. Muniz, D. S. Zanini, & M. N. Baptista (Orgs.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (pp. 55-68). Vozes.
- \*Beaudry, M. B., Swartz, K., Miller, L., Schweizer, B., Glazer, K., & Wilcox, H. (2019). Effectiveness of the Adolescent Depression Awareness Program (ADAP) on depression literacy and mental health treatment. *The Journal of School Health*, 89(3), 165–172. <https://doi.org/10.1111/josh.12725>
- \*Benas, J. S., McCarthy, A. E., Haimm, C. A., Huang, M., Gallop, R., & Young, J. F. (2016). The depression prevention initiative: Impact on adolescent internalizing and externalizing symptoms in a randomized trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(Suppl. 1), S57–S71. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1197839>
- Bergnehr, D., & Nelson, K. Z. (2015). Where is the child? A discursive exploration of the positioning of children in research on mental-health-promoting interventions. *Sociology of Health & Illness*, 37(2), 184–197. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12197>
- Bienvenu, O. J., & Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 647-654. <https://doi.org/10.1080/09540260701797837>
- \*Blossom, J. B., Adrian, M. C., Stoep, A. V., & McCauley, E. (2020). Mechanisms of change in the prevention of depression: An indicated school-based prevention trial at the transition to high school. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(4), 541–551. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.031>
- Borges, L., & Pacheco, J. T. B. (2018). Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: Um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 132-148. <http://pepsic.bvsalud.org>

- org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2236-64072018000400009&lng=en&tlng=pt
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulto) EPSUS-A: Estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510. <https://www.scielo.br/j/psuf/a/yknRCCdSKf5LwzmgRwr3JkK/?format=pdf&lang=pt>
- Craske, M. G., & Zucker, B. G. (2001). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied & Preventive Psychology*, 10(3), 155-175. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(01\)80012-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(01)80012-3)
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*, 8(36). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-36>
- Denda, K., Kako, Y., Kitagawa, N., & Koyama, T. (2006). Assessment of depressive symptoms in Japanese school children and adolescents using the Birlson Depression Self-Rating Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(2), 231-241. <https://doi.org/10.2190/3YCX-H0MT-49DK-C61Q>
- Dias, C. N., & Guzzo, R. S. L. (2018). Escola e demais redes de proteção: Aproximações e atuações (im)possíveis?. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(3), 1-17. [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/3061](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/3061)
- \*Dobson, K. S., Ahnberg Hopkins, J., Fata, L., Scherrer, M., & Allan, L. C. (2010). The prevention of depression and anxiety in a sample of high-risk adolescents: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(4), 291-310. <https://doi.org/10.1177/0829573510386449>
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509-531. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00040-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00040-9)
- \*Duong, M. T., Cruz, R. A., King, K. M., Violette, H. D., & McCarty, C. A. (2016). Twelve-month outcomes of a randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Prevention Science*, 17(3), 295-305. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0615-2>
- Earnshaw, V. A., Elliott, M. N., Reisner, S. L., Mrug, S., Windle, M., Emery, S. T., Peskin, M. F., & Schuster, M. A. (2017). Peer victimization, depressive symptoms, and substance use: A longitudinal analysis. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3426>
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 48(4), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- \*Ferreira, I. M. F. (2016). *Análise de uma intervenção de promoção de saúde com crianças* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo). Digital Library USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-15062018-150203/en.php>
- Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M., & Pangelinan, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668-1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- Frigerio, A., Pesenti, S., Molteni, M., Snider, J., & Battaglia, M. (2001). Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *European Psychiatry*, 16(1), 33-37. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00533-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00533-2)
- \*Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., & Ruvalcaba, N. (2013). La prevención de la ansiedad y de la depresión en la infancia: estudio de la eficacia de un programa escolar en México. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44. <https://doi.org/10.5093/ed2013a6>
- \*García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms



- in Greece: The use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(8), 485-492. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0005-z>
- \*Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-MacDonald, V. M., Chaplin, T. M., Abenavoli, R. M., Matlin, S. L., Gallop, R. J., & Seligman, M. E. P. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.706517>
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 35-52. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>
- Guimarães, G., Aerts, D., & Câmara, S. G. (2013). A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora*, 12(2), 88-95. <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/76>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12(81). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Hetrick, S., Cox, G., & Merry, S. (2015). Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(5), 4758-4795. <https://doi:10.3390/ijerph120504758>
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700-716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Keyes, K. M., Gary, D., O'Malley, P. M., Hamilton, A., & Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: Trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 987-996. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01697-8>
- Khumalo, T., & Plattner, I. E. (2019). The relationship between locus of control and depression: A cross-sectional survey with university students in Botswana. *South African Journal of Psychiatry*, 25(1), 1-6. <https://dx.doi.org/10.4102/sajpsy.2019.v25i01.1221>
- \*Kindt, K. C., Kleinjan, M., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2014). Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 5273-5293. <https://doi.org/10.3390/ijerph110505273>
- Kitts, R. L., & Goldman, S. J. (2012). Education and depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 421-446. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.007>
- \*Kösters, M. P., Chinapaw, M. J. M., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Indicated prevention of childhood anxiety and depression: Results from a practice-based study up to 12 months after intervention. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2005-2013. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302742>
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Kwak, Y.-S., Lee, C.-I., Hong, S.-C., Song, Y.-J., Kim, I.-C., Moon, S.-H., Moon, J.-H., Seok, E.-M., Jang, Y.-H., Park, M.-J., Hong, J.-Y., Kim, Y.-B., Lee, S.-H., Kim, H. J., & Kim, M.-D. (2008). Depressive symptoms in elementary school children in Jeju Island, Korea: Prevalence and correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 343-351. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0675-y>
- \*La Greca, A. M., Ehrenreich-May, J., Mufson, L., & Chan, S. (2016). Preventing adolescent social anxiety and depression and reducing peer victimization: Intervention development and



- open trial. *Child & Youth Care Forum*, 45(6), 905–926. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9363-0>
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 94, 179–195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Larsson, B., & Melin, L. (1992). Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01436.x>
- Lee, J.□S., Joo, E.□J., & Choi, K.□S. (2013). Perceived stress and self□esteem mediate the effects of work□related stress on depression. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29(1), 75–81. <https://doi.org/10.1002/smi.2428>
- Li, L., Ma, N., Li, Z., Tan, L., Liu, J., Gong, G., Shu, N., He, Z., Jiang, T., & Xu, L. (2007). Prefrontal white matter abnormalities in young adult with major depressive disorder: A diffusion tensor imaging study. *Brain Research*, 1168, 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2007.06.094>
- \*Listug-Lunde, L., Vogeltanz-Holm, N., & Collins, J. (2013). A cognitive-behavioral treatment for depression in rural American Indian middle school students. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(1), 16–34. <https://doi.org/10.5820/aian.2001.2013.16>
- \*Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., & Sanford, M. (2010). The feelings club: Randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(10), 945–952. <https://doi.org/10.1002/da.20724>
- \*McCarty, C. A., Violette, H. D., Duong, M. T., Cruz, R. A., & McCauley, E. (2013). A randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 554–563. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.782817>
- \*McCarty, C. A., Violette, H. D., & McCauley, E. (2011). Feasibility of the positive thoughts and actions prevention program for middle schoolers at risk for depression [Special issue]. *Depression and Treatment*, 241386. <https://doi.org/10.1155/2011/241386>
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self-help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344, e2598. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2598>
- \*Michael, K. D., George, M. W., Splett, J. W., Jameson, J. P., Sale, R., Bode, A. A., Iachini, A. L., Taylor, L. K., & Weist, M. D. (2016). Preliminary outcomes of a multi-site, school-based modular intervention for adolescents experiencing mood difficulties. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1903–1915. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0373-1>
- Ministério da Saúde. (2021). *Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)
- Morés, F. B., & Silveira, E. S. (2013). Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. *Saúde em Debate*, 37(97), 241–250. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341758006>
- Murta, S. G. & Barletta, J. B. (2015). *Promoção de saúde mental e prevenção aos transtornos mentais em terapia cognitivo-comportamental*. PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental (Vol. 4). Artmed Panamericana.
- Nardi, P. C., Ferreira, I. M. F., & Neufeld, C. B. (2017). Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. *Contextos Clínicos*, 10(1), 74–84. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.06>
- \*Ofoegbu, T. O., Asogwa, U. D., Eseadi, C., Ogbonna, C. S., Eskay, M., Obiyo, N. O., Nji, G. C., Ngwoke, O. R., Agboti, C. I., Uwakwe, R. C., & Ogbuabor, S. E. (2020). Effect of rational digital storytelling intervention on depression among adolescent-athletes with special educational needs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(2), 217–237. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00366-z>

- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., Kendall, T., & Expert Advisory Group. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- Phillips, S., & Mychailyszyn, M. (2022). The effect of school-based mindfulness interventions on anxious and depressive symptoms: A meta-analysis. *School Mental Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09492-0>
- \*Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C. M. E., Lobel, A., Merry, S. N., Lucassen, M. F. G., & Granic, I. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80, 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005>
- \*Pössel, P., Adelson, J. L., & Hautzinger, M. (2011). A randomized trial to evaluate the course of effects of a program to prevent adolescent depressive symptoms over 12 months. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 838–851. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.010>
- \*Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J., & Hautzinger, M. (2013). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral program for the prevention of depression in adolescents compared with non-specific and no-intervention control conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 432–438. <https://doi.org/10.1037/a0032308>
- \*Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477–486. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- \*Rivet-Duval, E., Heriot, S., & Hunt, C. (2011). Preventing adolescent depression in Mauritius: A universal school-based program. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(2), 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00584.x>
- \*Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J., & Hart, B. (2010). The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.002>
- Rombouts, M., Duinhof, E. L., & Kleinjan, M. (2022). A school-based program to prevent depressive symptoms and strengthen well-being among pre-vocational students (Happy Lessons): Protocol for a cluster randomized controlled trial and implementation study. *BMC Public Health*, 22, 139. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12321-3>
- \*Rooney, R., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C. M., & Nesa, M. (2013). Reducing depression in 9–10 years old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 845–854. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.005>
- \*Rose, K., Hawes, D. J., & Hunt, C. J. (2014). Randomized controlled trial of a friendship skills intervention on adolescent depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 510–520. <https://doi.org/10.1037/a0035827>
- \*Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., Patton, G., & Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: A randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 199–209. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02136.x>
- Silva-Arioli, I., Schneider, D. R., Barbosa, T. M., & Da Ros, M. A. (2013). Promoção e educação em saúde: Uma análise epistemológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 672–687. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>
- \*Singhal, M., Manjula, M., & Vijay Sagar, K. J. (2014). Development of a school-based program for adolescents at-risk for depression in India: Results from a pilot study. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.03.011>

- Ssegonja, R., Nystrand, C., Feldman, I., Sarkadi, A., Langenskiöld, S., & Jonsson, U. (2019). Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Preventive Medicine, 118*, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.021>
- \*Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 856-867. <https://doi.org/10.1037/a0020544>
- \*Tomy, J. D., Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., & Colla, L. (2016). A comprehensive evaluation of a universal school-based depression prevention program for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(8), 1621-1633. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0136-x>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(3), 185-199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- Verboom, C. E., Sijtsma, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. W. J. H., & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology, 50*(1), 247-257. <https://doi.org/10.1037/a0032547>
- Wang, K., Shi, H.-S., Geng, F.-L., Zou, L.-Q., Tan, S.-P., Wang, Y., Neumann, D. L., Shum, D. H. K., & Chan, R. C. K. (2016). Cross-cultural validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 in China. *Psychological Assessment, 28*(5), e88-e100. <https://doi.org/10.1037/pas0000207>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., CEAR, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 51*, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., CEAR, A. L., Perry, Y., Torok, M., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 89*, Article 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- \*Whittaker, R., Stasiak, K., McDowell, H., Doherty, I., Shepherd, M., Chua, S., Dorey, E., Parag, V., Ameratunga, S., Rodgers, A., & Merry, S. (2017). MEMO: An mHealth intervention to prevent the onset of depression in adolescents: A double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 58*(9), 1014-1022. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12753>
- \*Wijnhoven, L. A. M. W., Creemers, D. H. M., Vermulst, A. A., Scholte, R. H. J., & Engels, R. C. M. E. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(2), 217-228. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9773-5>
- Wissow, L. S., van Ginneken, N., Chandna, J., & Rahman, A. (2016). Integrating children's mental health into primary care. *Pediatric Clinics of North America, 63*(1), 97-113. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.08.005>
- \*Woods, B., & Jose, P. E. (2011). Effectiveness of a school-based indicated early intervention program for Māori and Pacific adolescents. *Journal of Pacific Rim Psychology, 5*(1), 40-50. <https://doi.org/10.1375/prp.5.1.40>
- \*Young, J. F., Benas, J. S., Schueler, C. M., Gallop, R., Gillham, J. E., & Mufson, L. (2016). A randomized depression prevention trial comparing interpersonal psychotherapy—Adolescent skills training to group counseling in schools. *Prevention Science, 17*(3), 314-324. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0620-5>
- \*Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: A randomized trial of

- interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27(5), 426–433. <https://doi.org/10.1002/da.20664>
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Science*, 9(4), 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Zhang, D., Lee, E., Mak, E., Ho, C. Y., & Wong, S. (2021). Mindfulness-based interventions: An overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>
- Zhou, T., Wang, Y., & Yi, C. (2018). Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*, 264, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.071>

Recebido: 03/05/2022  
1ª revisão: 19/09/2022  
Aceite final: 23/09/2022

